

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

LEIDA CABRAL NASCIMENTO DA SILVA

MUITO ALÉM DO ÓBVIO: o confronto de olhares no enfrentamento da
violência de gênero

São Luís - MA
2022

LEIDA CABRAL NASCIMENTO DA SILVA

MUITO ALÉM DO ÓBVIO: o confronto de olhares no enfrentamento da
violência de gênero

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal
do Maranhão para obtenção do título de Mestra em
Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Mary Ferreira

**São Luís
2022**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Silva, Leida Cabral Nascimento da.

Muito além do óbvio : o confronto de olhares no
enfrentamento da violência de gênero / Leida Cabral
Nascimento da Silva. - 2022.

152 f.

Orientador(a): Maria Mary Ferreira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão,
Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2022.

1. Políticas públicas. 2. Relações de gênero. 3.
Violência. I. Ferreira, Maria Mary. II. Título.

MUITO ALÉM DO ÓBVIO: o confronto de olhares no enfrentamento da
violência de gênero

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Políticas Públicas da Universidade Federal do
Maranhão, como requisito para obtenção do título de
Mestra em Políticas Públicas.

Aprovada em: 29/04/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Mary Ferreira (Orientadora)
Doutora em Sociologia UNESP/FCLAr
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias
Doutora em Políticas Públicas UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ivan Abreu Figueiredo
Doutor em Políticas Públicas UFMA
Universidade Federal do Maranhão

DEDICATÓRIA

Às mulheres que ousam e lutam, sob uma perspectiva feminista, por uma sociedade livre da opressão, da violência de gênero, e desafiam o patriarcado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus, sinônimo de Amor e Fé, que durante todos os dias me fez acreditar na concretização desse sonho.

A conquista deste título foi possível graças ao apoio e envolvimento de vários sujeitos. Quero agradecer a todos que me ajudaram nessa jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, agradeço por participar deste qualificado grupo de discentes, aos professores pela oportunidade de partilhar dos seus conhecimentos, especialmente a Profa. Dra. Ozanira Silva idealizadora do programa, exímia pesquisadora que ascende o nome da Universidade Federal do Maranhão e ao Prof. Dr. Ribamar Sá pelo primor de suas aulas, sempre cuidadosamente preparadas, tanto na estética, como no conteúdo. Agradeço, professor, pela sua preocupação constante em inovar e agregar saberes.

Agradeço aos servidores do Programa, em particular ao sr. Júlio (vascaíno sofredor) por sua presteza e compromisso com o seu trabalho.

Ao HUUFMA pela oportunidade de investigar uma temática tão relevante, especialmente aos profissionais da Unidade Materno Infantil que se dispuseram participar dessa pesquisa. Agradeço à toda equipe assistencial da Clínica Cirúrgica, em nome do Prof. Dr. Arthur Serra Neto, com destaque aos médicos Lívia Oliveira e Romerito Neiva, e da secretaria da Clínica Cirúrgica e de Ensino e Pesquisa, com especial atenção à Adriana, Aryane, Paloma, Camiliane, e a bibliotecária Vânia, por todo apoio fundamental para que eu participasse dessa tão grandiosa formação. À Profa. Dra. Rita Carvalhal pelo incentivo e participação efetiva na construção deste estudo.

À Profa. Dra. Mary Ferreira pelo prazer e honra de tê-la como orientadora. Você, enquanto militante, representa toda nossa luta no Maranhão pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, além de ser uma importante pesquisadora que tem contribuído para a construção da teoria feminista na academia.

À Profa. Dra. Marly Dias e ao Prof. Dr. Ivan Figueredo que aceitaram estar na banca e que muito agregaram ao meu trabalho com reflexões profundas acerca do tema proposto.

À Profa. Dra. Iran de Maria Nunes por ampliar meus horizontes acerca dos estudos sobre gênero com a inclusão do recorte geracional.

Agradeço à minha família, ao meu marido José Carlos, pela presença constante e por contribuir efetivamente para que eu pudesse me dedicar a esta difícil, cansativa e empolgante tarefa da construção do pensamento.

Aos meus filhos Karla, Rafael e Fábio, por todo incentivo, carinho e afeto que me revigoram a cada dia.

À minha netinha Cecília, que chegou justamente durante a construção deste trabalho e me encheu de alegria e a minha nora Celiana que me possibilitou propagar a minha semente.

À querida Maria José Silva, pelo companheirismo ao longo de todos esses anos, saiba que você fez parte de muitas conquistas que tive na vida, pude me ausentar dos cuidados com meus filhos e meu lar confiando na nossa parceria.

Aos meus amigos pela compreensão das ausências nos nossos tão divertidos encontros que tiveram que ser adiados, especialmente, a querida amiga Lucilene Botão.

Às parceiras diárias de trabalho e amigas féis, Graziela Moura e Carolina Barcelos, por deixarem os meus dias mais leves, por todo incentivo e valiosas discussões que possibilitam o nosso crescimento, além das gostosas gargalhadas.

Agradeço muitíssimo à amiga da vida toda, Glaucejane Galhardo, que acreditou que eu conseguiria alcançar este sonho, que sempre me incentivou, esteve presente desde o início e corrigiu meus primeiros rabiscos que posteriormente se tornaram meu pré-projeto de pesquisa para a seleção. Obrigada querida amiga pelas profícuas reflexões.

Aos colegas de turma que tive o prazer de conviver por todo esse período Lucas, Brenda, Francilene, Safira, Anso... saibam que todos deixaram em mim preciosos ensinamentos, em especial à querida Pollyana Gonçalves por todo apoio e incentivo, fundamentais para superar os momentos mais angustiantes.

Aos meus colegas de trabalho do HUUFMA que me incentivaram e contribuíram, dando-me suporte quando precisei me ausentar, especialmente as todas as assistentes sociais que sempre demarcaram espaço enquanto trabalhadoras da saúde e que lutam para que os direitos dos usuários sejam garantidos pelo Estado.

Às companheiras do Conselho Municipal da Condição Feminina de São Luís, Silva Leite, Ângela Rosa e Maria de Ribamar que não me deixam andar só, *pois sozinha ando bem, mas com vocês ando muito melhor...* muito obrigada!!!

EPÍGRAFE

“Houve um dia, que eu até
sentia medo
Que você chegasse cedo
Pro meu corpo machucar.
Mas eu virei o tabuleiro
Este jogo, companheiro,
Eu não vou mais aceitar”
Cris Pereira.

RESUMO

Este estudo propõe reflexões sobre as possibilidades e desafios a partir da criação do Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em São Luís – MA. Discuto as práticas institucionais de enfrentamento do fenômeno da violência sexual contra mulheres desenvolvidas no âmbito da rede pública de atendimento da área da saúde. Dentre as motivações para a realização da pesquisa destaco a necessidade de investigar o fenômeno da violência sexual, apreendido como uma grave violação dos direitos humanos. Entendo que apesar das conquistas importantes para as mulheres acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda não está garantida a autonomia das mulheres e meninas sobre seus corpos, devido a existência de relações de poder exercidas pelo Estado, autoridades religiosas e médicos em unidades de referência. Acredito ser este um tema de grande relevância social e científica por propor a discussão do fenômeno, entendido como expressão da questão social. O objetivo geral deste estudo é analisar o atendimento ofertado pelo Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão a partir da visão dos profissionais. O método adotado foi o materialismo histórico e dialético que pressupõe uma visão totalizante do real, buscando não somente estudá-lo, mas, apontar canais de superação da realidade. A investigação requereu compreender a sociedade e os contextos históricos e de que forma esses contextos criaram formas de exclusão das mulheres em virtude do processo de reprodução das relações sociais e suas contradições, tensões e cultura. Esta é uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, realizada no HUUFMA - Unidade Materno Infantil em São Luís/MA. Os participantes são profissionais com formação de nível superior, integrantes da equipe multidisciplinar com atuação no Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual. Para coleta dos dados primários utilizei entrevista semiestruturada e observação não participante. Os resultados da pesquisa confirmaram o serviço como potencial *locus* de empoderamento da mulher e enfrentamento do fenômeno da violência de gênero. Porém, foi constatado que ainda persistem muitos equívocos acerca do atendimento, uma vez que se privilegia os aspectos clínicos, os danos e agravos físicos, apesar de serem tratados com certa resolutividade há uma lacuna no atendimento das mulheres em situação de abortamento, e o acolhimento não é visto com a mesma importância.

Palavras-chave: violência; relações de gênero; políticas públicas.

ABSTRACT

This study proposes reflections on the possibilities and challenges from the creation of the Service of Attention to Women in Situations of Sexual Violence at the University Hospital of the Federal University of Maranhão in São Luís - MA. I discuss institutional practices for dealing with the phenomenon of sexual violence against women developed within the public health care network. Among the motivations for carrying out the research, I highlight the need to investigate the phenomenon of sexual violence, perceived as a serious violation of human rights. I understand that despite the important achievements for women regarding sexual and reproductive rights, the autonomy of women and girls over their bodies is not yet guaranteed, due to the existence of power relations exercised by the State, religious authorities and physicians in reference units. I believe this is a topic of great social and scientific relevance for proposing the discussion of the phenomenon, understood as an expression of the social question. The main goal of this study is to analyze the attention offered by the Service of Attention to Women in Situations of Sexual Violence at the University Hospital of the Federal University of Maranhão from the perspective of professionals. The method adopted was historical and dialectical materialism, which presupposes a totalizing vision of reality, seeking not only to study it, but also to point out channels for overcoming reality. The investigation required understanding society and historical contexts and how these contexts created forms of exclusion of women due to the process of reproduction of social relations and their contradictions, tensions and culture. This is an exploratory research with a qualitative approach, carried out at HUUFMA - Maternal and Child Unit in São Luís/MA. Participants are professionals with higher education, members of the multidisciplinary team working in the Service of Attention to Women in Situations of Sexual Violence. To collect the primary data, I used semi-structured interviews and non-participant observation. The research results confirmed the service as a potential locus of women's empowerment and facing of the phenomenon of gender violence. However, it was found that many misconceptions about the attention still persist, since the clinical aspects, the damages and physical injuries are privileged, despite being treated with some resolution, there is a gap in the care of women in situations of abortion, and the reception is not seen with the same importance.

Keywords: violence; gender relations; public policy.

LISTA DE SIGLAS

AVS	Atenção à Vítima de Violência Sexual
AIMS	Atenção Integral à Saúde das Mulheres
ALCON	Alojamento Conjunto
CAOP-CRIM	Centro de Apoio Operacional Criminal
CDDs	Católicas pelo Direito de Decidir
CEMULHER /TJMA	Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão
CEP/HUUFMA	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CMCF	Conselho Municipal da Condição Feminina
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CO	Centro Obstétrico
COMIC/HUUFMA	Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CRAMSV	Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
HU	Hospital Universitário
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

MAC	Maternidade de Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
PA	Protocolo Assistencial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEP	Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais
PEPM	Plano Estadual de Políticas para Mulheres
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNEVM	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher
SAEEM	Setor de Atividades Especiais Espaço Mulher
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de São Luís MA
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM/PR	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UMI	Unidade Materno Infantil
UPD	Unidade Presidente Dutra
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Rede de enfrentamento e atendimento às mulheres em situação de violência.....	83
Quadro 2 - Quadro resumo dos elementos da análise do serviço especializado.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de atendimentos por sexo.....	106
Tabela 2 -	Número de gestações / abortos realizados.....	106
Tabela 3 -	Número de atendimentos por faixa etária.....	107
Tabela 4 -	Número de atendimento por sexo.....	107
Tabela 5 -	Número de gestações / abortos realizados.....	107

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	O percurso metodológico da pesquisa.....	29
2	DESIGUALDADES DE GÊNERO FUNDADAS NA RELAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE DOMINAÇÃO E OPRESSÃO DA MULHER	37
2.1	A violência de gênero como expressão da dominação masculina e da subalternização das mulheres.....	37
2.2	Gênero como categoria explicativa para compreender a subalternidade da mulher.....	50
2.3	O masculino como expressão de poder e dominação.....	61
2.4	O estupro como reflexo da objetivação da mulher e a negação de sua subjetividade.....	69
3	SERVIÇO DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO HUUFMA.....	75
3.1	Apontamentos históricos para recompor a emergência do Serviço de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência....	76
3.2	Direitos Sexuais e Reprodutivos e sua materialização no Sistema de Saúde Pública.....	85
3.3	Atendimento ofertado pelo Serviço Especializado de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no HUUFMA.....	91
4	CONCLUSÃO.....	110
	REFERÊNCIAS.....	114
	APÊNDICES.....	124
	ANEXOS.....	130

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objeto de análise o Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís, no que concerne ao atendimento ofertado e ao alcance do serviço especializado em relação a observância às normativas que definem a violência de gênero e o compromisso do Estado no seu enfrentamento. O objetivo geral deste trabalho foi analisar o atendimento ofertado pelo Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

A escolha do objeto de estudo e o tipo de pesquisa que me propus realizar foram construídos a partir de um recorte da realidade concreta: um serviço especializado de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, por acreditar que as análises que buscam uma sintonia com os acontecimentos sociais são tão importantes quanto os estudos teóricos que inauguram conceitos e trazem elementos que irão orientar as práticas na sociedade, uma vez que as pesquisas que se destinam a realizar uma interlocução com a sociedade, como é o caso deste trabalho, que se dedicam a ciência ativa, engajada, são fundamentais para contribuir com a transformação da realidade social.

Destaco que o fato de estar inserida na política de saúde, na condição de trabalhadora do SUS, foi fator importante para tomada de decisão quanto a temática, pela necessidade de criar respostas às demandas reais identificadas no atendimento inicial/acolhimento do(a) usuário(a), além das demandas potenciais, como percepção de situações de violência, exploração, e situações relevantes, que requerem encaminhamento aos programas sociais, todas observadas no cotidiano da instituição onde exerço a atividade profissional.

Anteriormente, após a graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão, em meados dos anos de 1990, atuei em movimentos sociais, na área da cultura, na condição de coordenadora de projetos de capacitação de jovens nas comunidades Madre Deus e Areinha, na capital, e em seguida, tive experiência na política de assistência social quando prestei

assessoria para a implantação e estruturação das secretarias, planos e conselhos de assistência social nos municípios de Miranda do Norte e Arame, e posteriormente, em Governador Nunes Freire e Passagem Franca, no interior do Maranhão. Esse momento coincide com o reconhecimento da assistência social enquanto política pública, a qual juntamente com a saúde e a previdência social formam o tripé da seguridade social, que dentre tantas conquistas da classe trabalhadora, por intervenção dos movimentos sociais organizados, promoveu a criação de vários postos de trabalho para as(os) recém-formadas(os) assistentes sociais, que levadas(os) pelo seu espírito de vanguarda aceitaram o desafio de, através da dimensão técnico-operativa e pedagógica da profissão, contribuírem para a autonomia e o empoderamento da população.

A vivência na área da saúde se iniciou em 2005, a partir desse período, enquanto assessora da equipe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS de São Luís/MA e membro do Conselho Municipal da Condição Feminina, participei das discussões sobre a implantação da Lei Maria da Penha, além da atuação, no mesmo período, no Grupo de Trabalho-GT composto por instituições do poder público e da sociedade civil para discussão e proposição de metas e ações que comporiam o Plano Estadual de Políticas para Mulheres que foi lançado posteriormente em 2008. Dentre as ações propostas pela área da saúde, a SEMUS apresentou a implantação de uma unidade de referência em atenção à saúde da mulher, e fui indicada para participar da comissão de elaboração do projeto, formada por integrantes das equipes do planejamento, ações de saúde e infraestrutura.

Em 2007, foi inaugurado o Hospital da Mulher, para onde solicitei remoção em 2008, e passei a integrar a equipe de assistentes sociais, permanecendo até 2013. Tratando-se de uma unidade de saúde de média complexidade com oferta de serviços de clínica médica e cirúrgica, e algumas especialidades como mastologia, ginecologia, oncologia, ortopedia, hematologia, endocrinologia e neurologia, dispõe ainda do Serviço Especializado de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. Essa cobertura de atendimento é ofertada também no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão, na Unidade de Pronto Atendimento – UPA Cidade Operária e no Setor de Atividades Especiais Espaço Mulher – SAEEM, no Hospital de Urgência e Emergência Dr.

Clementino Moura (Socorrão II). Vale destacar, que no período de 2011 a 2013, trabalhei simultaneamente nos serviços especializados de atendimento à mulher nas Unidades: Hospital da Mulher, UPA – Cidade Operária e HUUFMA, em regime de plantão de 12 horas, diurno e noturno, e pude vivenciar a tensão do atendimento de meninas e mulheres fragilizadas pela violência de gênero e a sua busca pelo acesso ao direito formalizado, contudo, muitas vezes posto em discussão.

Deste modo, as experiências vivenciadas no âmbito da saúde da mulher e a militância no movimento de mulheres e feministas¹ foram determinantes para a escolha do tema, tendo em vista a necessidade de ultrapassar o discurso político e aprofundar as reflexões acadêmicas com relação ao fenômeno da violência de gênero e seu enfrentamento².

O estudo analisou o Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, a partir das práticas institucionais de enfrentamento do fenômeno da violência sexual, desenvolvidas nesta Unidade de Saúde, que compõe a rede pública de atendimento na área da saúde.

O que temos hoje enquanto ações de saúde para mulheres é resultado da mobilização dos movimentos feministas e de mulheres que participaram efetivamente das lutas por políticas públicas para mulheres, intensificada no movimento de Reforma Sanitária³.

¹ “Há quem pense que todo movimento de mulheres é feminista, uma vez que as mulheres fazem luta por direitos para as mulheres. Entretanto, nem todas as organizações do movimento de mulheres definem-se como parte do movimento feminista. [...] nem todos os movimentos sociais enfrentam os problemas da situação das mulheres. Também nem todas as mulheres refletem sobre a situação de dominação e exploração. Tende-se a considerar o feminismo como parte do movimento de mulheres, mas não como sendo a mesma coisa. São feministas aquelas mulheres e organizações que se definam assim”. (SILVA; CAMURÇA, 2013, p. 16)

² Parte-se do conceito de enfrentamento adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que se refere “à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade da violência contra as mulheres em todas as suas expressões. O enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), no sentido de propor ações que: desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência. Portanto, a noção de enfrentamento não se restringe à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres”. (BRASIL, 2011, p. 11-12)

³ “O Movimento de Reforma Sanitária foi um movimento que surgiu no Brasil em meados da década de 1970, postulando a democratização da saúde. Expressou a indignação da sociedade

Uma das primeiras respostas do Estado às reivindicações do movimento de mulheres e feministas, foi o lançamento em 1983, pelo Ministério da Saúde – MS, do PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no contexto da redemocratização do país. Considerado um avanço na abordagem das ações de saúde voltada para as mulheres, o programa é baseado no conceito de “Atenção Integral à Saúde das Mulheres” (AISM). Logo, esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional sobre o tema.

A elaboração do documento teve a participação de representantes do movimento feminista, a médica sanitária Ana Maria Costa e a socióloga Maria da Graça Ohana, responsáveis por destacar as necessidades que deveriam ser pautadas na elaboração de políticas para mulheres (OSIS, 1998).

A ação do Estado até a implantação do PAISM enfatizava a saúde materno infantil, reduzindo a atenção às mulheres ao período da gravidez, parto e puerpério, negligenciando outros aspectos como assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas; gravidez não desejada e suas repercussões na saúde da mulher; abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade através do planejamento familiar; e a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, atualmente IST's⁴ (BRASIL, 1985).

Da mesma forma, as diretrizes gerais do programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades das mulheres, priorizando os principais agravos e fortalecimento de uma postura, por parte dos profissionais, sob uma perspectiva da integralidade do cuidado, além de ações de educação em saúde. No que concerne ao planejamento familiar, o programa desvinculava-se do caráter coercitivo para as famílias enfatizado em programas de controle de natalidade (OSIS, 1998).

Desse modo, o programa foi pioneiro no que se refere ao acesso a informações quanto à saúde sexual e reprodutiva e ao reconhecimento dos

frente as desigualdades, a mercantilização da saúde e configurou-se como ação política em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania”. (SOUTO; OLIVEIRA, 2016)

⁴ Infecções Sexualmente Transmissíveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ocupasse a atenção dos diversos espaços internacionais de debate⁵.

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), com status de ministério e intuito de formular, coordenar e articular políticas que promovessem a igualdade entre mulheres e homens. Até a criação da secretaria, as ações de enfrentamento à violência contra mulher eram desenvolvidas de forma pontual e suas estratégias priorizavam a qualificação dos(as) profissionais para atuarem nos serviços de atendimento às situações de violência e implantação de serviços especializados como as Casas Abrigo e as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2005).

Em 2004, ocorreu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que resultou na elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM.

No que se refere ao enfrentamento da violência contra as mulheres, o PNPM propôs uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres⁶, implantada em 2011, cujo conceito de violência adotado se fundamenta na definição da Convenção de Belém do Pará (1994), em seu artigo 1º, segundo o qual, a violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.

O acordo internacional foi ratificado pelo Brasil em 27 de novembro de 1995, publicado no Diário Oficial em 1º de agosto de 1996, através do decreto nº 1973, comprometendo-se que fosse garantido a investigação da prevalência, causas e consequências da violência contra a mulher (BRASIL, 2011, p.19).

No Brasil, os índices de violência contra a mulher têm aumentado sensivelmente. Segundo dados do Atlas da Violência, lançando em 2020, 4.519

⁵ Com relação aos fóruns de luta sobre os direitos sexuais e reprodutivos, destaca-se as conferências da ONU ocorridas na década de 1990: Conferência de Direitos Humanos de Viena (1993), a Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim (1995). (XAVIER; ROSATO, 2016)

⁶ De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, o termo é utilizado no plural, para dar visibilidade às diversidades raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional existentes entre as mulheres. (BRASIL, 2011, p. 7).

mulheres foram assassinadas em 2018, o que representa uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino (IPEA, 2020, p 34).

No Maranhão, um estudo sobre a Delegacia Especial da Mulher, que analisou uma série histórica entre 2011 a 2014, apontou que a cidade de Açailândia ocupa o primeiro lugar em casos de violência ocorridos contra a mulher, com uma taxa de 13,5 %, seguida por Balsas, com 11,9 % e Santa Luzia correspondente a 8,3 % da população feminina. Em São Luís, os mesmos dados revelam que a capital ocupava o 11º lugar com uma taxa de 6,3 homicídios a cada 100 mil mulheres. Os bairros com maior incidência foram o Centro e o Coroadinho, seguidos do São Francisco e Turu. No entanto, houve também registros de violência em áreas consideradas nobres, como o Calhau (MARANHÃO, 2015).

Contudo, os dados da delegacia não refletem o número real de violência contra mulheres, visto que muitos casos não chegam a ser denunciados. Muitas mulheres são agredidas de diversas formas, das mais leves à fatais.

A rede pública de saúde atende diariamente situações semelhantes, a exemplo do Setor de Atividades Especiais Espaço Mulher – SAEEM, do Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura (Socorrão II) em São Luís – MA.

O relatório anual de atendimentos em 2020 do SAEEM sobre os municípios com casos de violência contra mulheres obteve as informações seguintes: São Luís registrou 171 casos; São José de Ribamar, 35; Paço do Lumiar, 17, e Raposa, 6. Totalizando 238 casos na região metropolitana que buscaram atendimento nesta unidade de saúde. Sobre os tipos de violência, os principais foram: agressões físicas, 127, com uso de arma de fogo em 13 casos e arma branca em 10; violência sexual com 9 casos; e tentativa de feminicídio com 7 registros (SÃO LUÍS, 2020). Ressalto que o Socorrão II atende os casos mais graves que envolvem politraumatismo.

O Ministério Público através do Centro de Apoio Operacional Criminal / CAOP-CRIM divulgou o relatório anual sobre dados da violência contra a mulher e revelou que em 2017 houve 50 casos de feminicídios, sendo que 36% foram cometidos pelos cônjuges ou companheiros e 26% por ex-cônjuges. Quanto ao instrumento utilizado para cometer o crime, 54% foram por arma branca. Sobre a justificativa, 36% foram motivados por ciúmes. No que se refere ao local, 58%

dos casos ocorreram na própria residência das vítimas. Em 2018, houve uma diminuição nos registros de ocorrência de feminicídio de 14% em relação a 2017. Foram 43 ocorrências, sendo que 41% por arma branca, 58% na casa da vítima, cujos cônjuges ou companheiros foram responsáveis por 34,9% dos crimes. No ano de 2019, os dados revelaram que houve um aumento dos casos em relação ao ano anterior. Um total de 48 ocorrências, sendo que 50% das mulheres foram agredidas em suas residências e 35% dos autores dos crimes são os cônjuges ou companheiros (MARANHÃO 2021).

Em 2020, o Maranhão registrou, de janeiro a agosto, segundo o Núcleo Especializado da Defensoria Pública do Estado, um total de 2.400 atendimentos de casos de violência contra a mulher. De acordo com os dados divulgados no relatório da Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão (CEMULHER /TJMA), no Maranhão, em 2020, foram contabilizados 60 feminicídios (MARANHÃO, 2020).

Os dados revelam a pertinência e necessidade da implantação e fortalecimento da rede de proteção e serviço para o atendimento das mulheres a partir da regulamentação da Lei Maria da Penha em 2006, a exemplo do Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - CRAMSV, da Casa da Mulher Brasileira-MA, da Patrulha Maria da Penha, criada em maio de 2016, através do Decreto nº 31.763 pelo Governo do Estado do Maranhão, dentre outros equipamentos e ações de enfrentamento a violência.

No âmbito da política de saúde, a ampliação da rede de atenção à saúde com a instalação de unidades específicas para o atendimento de mulheres em situação de violência constitui um grande avanço. Sobretudo o reconhecimento pelo Estado da gravidade desse fenômeno e suas sérias consequências.

Em se tratando de violência sexual, categoria em destaque neste estudo, os dados apontam que este tipo de violência é muito recorrente e atinge mulheres de todas as faixas etária, raça, e classe social.

Chama a atenção o número de casos de violência sexual registrados no Brasil. Em 2018, foram 66 mil vítimas de estupro, de acordo com o 13º Anuário de Segurança Pública. O relatório destacou ainda, que a cada hora, 4 meninas de até 13 anos sofrem esse tipo de violência no país. São em média 180 estupros por dia. A maioria dos agressores é um familiar ou pessoa próxima (FBSP, 2019).

No Maranhão, a Ouvidoria da Mulher – SEMU registrou 74 atendimentos de mulheres no período de janeiro a setembro de 2020 vítimas de violência sexual (MARANHÃO, 2021).

Em 2015, segundo dados da Delegacia da Mulher, houve uma diminuição nos índices de violência sexual em relação ao ano anterior. Foram registrados 30 casos em 2014, a maioria estupros, e 16 em 2015 (MARANHÃO, 2016).

Entretanto, os dados oficiais não expressam a realidade, pois há subnotificação, devido parte dessas mulheres não denunciarem a violência sexual. Muitas temem em ser revitimizadas nos espaços públicos, receiam de desconfiança dos seus relatos, além de práticas de humilhação no atendimento e dificuldade de terem sua história validada. Portanto, existe uma lacuna nesses serviços quanto ao acesso das mulheres à rede protetiva de enfrentamento a violência.

A violência sexual é um problema social, complexo e multifacetado, compreendido neste estudo, a partir do conceito de violência de gênero estabelecido na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”, em 1994, e que fundamenta a tipificação definida pela Lei Maria da Penha no art. 7º, que consiste em:

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

Enquanto multifacetado, uma das formas que a violência sexual se expressa é o estupro, que para Facuri *et al.*, constitui um fenômeno universal, sem restrição de sexo, idade, etnia ou classe social, que ocorreu no passado, em diferentes contextos da história da humanidade e persiste até a atualidade, sendo as mulheres as principais vítimas, em qualquer período de suas vidas (FACURI *et al.*, 2013).

Segundo a autora, o estupro acarreta consequências graves, tais como: gestações indesejadas, infecções do aparelho reprodutivo, infecções

sexualmente transmissíveis, abortamentos, internações e óbitos. Além de tentativas de suicídio, transtornos mentais como depressão, pânico e/ou comportamentais, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Ademais, afeta a saúde física e psíquica das mulheres, atingindo toda a sociedade, ao colocar o medo do estupro como um elemento de cerceamento da sua existência, podendo inclusive limitar suas decisões, e conseqüentemente, comprometer seu pleno potencial de desenvolvimento e sua liberdade.

A partir desta problemática, em 2000, o Maranhão implantou o serviço de atendimento às pessoas em situação de violência sexual, em resposta às reivindicações dos movimentos feminista e de mulheres, juntamente com a iniciativa de profissionais da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão ⁷ que organizaram um evento com objetivo de sensibilizar as autoridades sobre a demanda que se apresentava diariamente na unidade de saúde, onde mulheres, sobretudo nos plantões noturno, buscavam atendimento com queixa de estupro e sangramento devido a abortamentos inseguros.

Assim, um seminário foi realizado no auditório da própria maternidade, promovido pela coordenação do Serviço Social da Unidade de Saúde, que contou com a participação de instituições públicas estaduais como a Delegacia Especial da Mulher, Ministério Público, Secretaria de Segurança Pública e da sociedade civil. Apoiaram e participaram do evento: representantes o Hospital Pérola Byington de São Paulo – SP que estiveram presentes para compartilhar sua experiência, pois São Paulo foi o primeiro estado a implantar o serviço; o professor Jorge Andalaft Neto, da USP, que dirigia a Comissão Nacional de Violência Sexual e Interrupção da Gestaçã Prevista em Lei; Católicas pelo Direito de Decidir – CDDs; um representante da Polícia Militar de São Paulo, capitão Osmar, responsável pelo programa de atenção à violência contra mulher; o comandante Daniel, representante da Polícia Militar do Maranhão; a professora Ieda Batista da UFMA, estudiosa feminista, integrante e uma das fundadoras do Fórum Maranhense de Mulheres; o médico ginecologista Raimundo Rabelo, o qual ficou responsável clínico pelo serviço de atendimento às mulheres em situação de violência e aborto legal, dentre outros convidados. Houve ainda, uma exposição dos instrumentos de tortura, utilizados contra mulheres, apreendidos

⁷ Na época da realização do seminário a maternidade se chamava Maternidade Marly Sarney

pela delegada titular da DEM/MA na época, Rosane Senna, intitulada “Painel de Tortura”.

Com a realização do seminário, a Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão implantou o serviço para atender mulheres, e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão Unidade Materno Infantil HUUFMA – UMI ficou responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes.

Ambos os serviços tiveram base legal no Artigo nº 128, do Código Penal⁸. O HUUFMA teve ainda como referência o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil⁹. Ressalta-se que esse foi um importante instrumento que serviu de base para elaboração em nível nacional de normativas para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual e a criação de serviços especializados, como é o caso do HUUFMA.

Assim pactuado, o serviço no HUUFMA seria destinado somente ao seguimento de crianças e adolescentes, mas, em função da demanda espontânea e o perfil da Unidade de Saúde, em 2003, passou a atender mulheres e a compor a rede de atendimento.

Destarte, a partir desse período, o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Materno Infantil, oferta o atendimento através de ações assistenciais para este público, formado por crianças, adolescentes e mulheres. A equipe de execução do serviço é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos. Compreendem as ações da equipe, o acolhimento, escuta qualificada, entrevista, notificação a conselhos tutelares, consultas médicas e de enfermagem, atenção farmacêutica, atendimento psicológico e psiquiátrico, imunização e exames laboratoriais e de imagem. O serviço tem por base, segundo a gestão, a otimização da assistência, além da prevenção dessa forma de violência, propondo também ações educativas.

⁸ Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:
Aborto necessário

I - Se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

⁹ Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil, elaborado em junho do mesmo ano, durante o Encontro Nacional ocorrido em Natal – RN (BRASIL, 2002).

Segundo dados dos indicadores de atendimento de violência sexual do HUUFMA, presentes no relatório institucional, em 2019 foram realizados 200 atendimentos de casos de violência sexual, sendo 163 crianças e adolescentes e 37 mulheres, além de 46 gestações decorrentes de violência sexual, 20 solicitações de aborto e 8 abortos realizados (EBSERH/HUUFMA, 2020).

O último dado expressa um indicador de que apesar das conquistas importantes para as mulheres acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o direito ao aborto legal, ainda não é garantida a autonomia das mulheres e meninas sobre seus corpos, tornando a maternidade uma condição compulsória, além de afirmar as relações de poder presentes, exercido pelo Estado, autoridades religiosas e médicos em unidades de referência. Situação semelhante ao caso do Espírito Santo, em 2020, envolvendo uma menina de 10 anos, com uma gravidez resultante de estupro, que requeria seu direito de abortamento. O caso foi amplamente divulgado pela imprensa, porém, os médicos se recusaram a realizar o procedimento, fato que obrigou a justiça a indicar e determinar outro estado para fazê-lo.

O aborto não pode ser resumido a uma questão criminal, sob pena da desumanização de meninas e mulheres adultas; para elas cabem os espaços que deveriam ser de cuidado. Contudo, há ainda muita estigmatização das mulheres, mesmos nos casos previstos em lei.

A gestação, indesejada ou forçada, é encarada por muitas mulheres como uma segunda violência, conforme pesquisa realizada por Guimarães e Ramos (2017) que trata a questão dos sentimentos de mulheres em situação de aborto legal. A pesquisa indicou que:

[...] a quase totalidade das entrevistadas relatou o sentimento de desespero frente ao diagnóstico. Em geral, a descoberta foi impactante e elas não se percebiam gestantes. Outros sentimentos presentes nos discursos incluíram tristeza, medo, choque e preocupação com relação à família. O diagnóstico impactou no estado psicológico das mulheres, gerando perturbações, isolamento e pensamentos de suicídio como forma de resolução imediata do problema (GUIMARÃES; RAMOS 2017, p. 2352).

Dito isto, argumento que a escolha do objeto de estudo deu-se também pela importância da discussão acerca do aborto enquanto uma questão de saúde pública, dado ao significativo número de mulheres que vêm a óbito pela prática

de abortos inseguros. Além disso, a intervenção do Estado deve reconhecer como direito sexual da mulher e não apenas criminalizá-lo. Pois julga e condena mulheres negras e pobres, o que não as impede de recorrer a prática na clandestinidade.

Acredito ser este um tema de grande relevância social e científica por propor a discussão do fenômeno, bem como, compreender de que forma o HUUFMA vem redimensionando suas ações e serviços neste âmbito, nas relações sociais e políticas, a partir das percepções dos sujeitos envolvidos, uma vez que as particularidades desse contexto podem somar-se às ações de enfrentamento das desigualdades sociais.

Busquei investigar em que medida a intervenção da unidade de saúde de referência no atendimento da violência de gênero, que compõe a rede de serviços, enquanto instituição pública e espaço de implementação das ações da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, contribui para o alcance das mulheres ao direito a ter uma vida livre de violência, conforme apregoadado na Constituição Federal de 1988 e ratificado pela Lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha e demais tratados e convenções internacionais.

Nesta perspectiva, essa temática configura um desafio diante da possibilidade de contribuir com reflexões acadêmicas para analisar o Serviço de Atenção às Mulheres em situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em São Luís, bem como, compreender as ações de enfrentamento à violência de gênero no âmbito das políticas sociais, com a participação e a divulgação dos achados à população.

Destaco o alcance do serviço especializado no HUUFMA às mulheres atendidas, impulsionado pela correlação de forças, considerando a participação dos movimentos feministas e de mulheres e suas conquistas a partir das lutas pela igualdade política, jurídica e social entre homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres.

O Movimento Feminista emerge enquanto espaço de organização política e de reflexão acerca de questões até então consideradas da esfera privada, que passaram a ser vistas enquanto questões políticas, sendo a violência contra mulher, os direitos sexuais e reprodutivos, e as relações hierárquicas entre mulheres e homens, alguns desses temas. Sua filosofia tem como princípio a proposição de novas formas de inserção da mulher na

sociedade, além de promover uma revolução de ideias, que segundo Ferreira (2014, p. 361) contribuiu para a crítica ao pensamento androcêntrico:

É fato que esse movimento foi capaz de promover uma revolução de ideias reconhecidas por vários autores, a exemplo de Hobsbawn (1995), Santos (2001), Castells (1999). [...] Contribui também para a forte presença das pesquisadoras feministas nas academias, que insistem em considerar as mulheres como sujeito e objeto de pesquisa, questionando e transformando a ciência androcêntrica.

Portanto, feminismo(s)¹⁰ é uma expressão que denota um movimento que se firmou pelas teorias que defende e pela forma intransigente de discordar do cerceamento imputado às mulheres enquanto sujeito. Ao estudar as diversas formas de opressão e exploração da mulher na sociedade capitalista, ao denunciar a permanência do patriarcado, este movimento se constitui como uma prática política expressa na ação enquanto movimento que intervém na sociedade, buscando desta forma enfrentar os processos de exclusão e de subordinação das mulheres.

A luta feminista no Brasil e no Maranhão, ao longo do tempo tem pressionado o Estado e sensibilizado a sociedade para medidas mais consistentes de combate a violência de gênero e de inclusão social. O reconhecimento da violência contra as mulheres por parte da sociedade é resultado de um processo longo que perdura até hoje, de resistência e constante luta dos movimentos feministas e de mulheres que no mundo inteiro não silenciaram frente à violência. A história revela a criação e trajetória de um movimento específico que propunha sensibilizar a sociedade acerca do reconhecimento dos direitos humanos das mulheres.

Considero que as ações efetivadas através de grupos de pressão para a garantia e implantação de políticas para as mulheres têm surtido efeito, haja vista a implantação de numerosos programas e serviços, a exemplo do Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em São Luís - MA.

¹⁰ O termo feminismos é utilizado no plural para expressar que não se refere a uma única corrente de pensamento. Existem várias vertentes feministas que surgiram para lutar por direitos sociais e políticos iguais para homens e mulheres, e nesse sentido, diferentes perspectivas de como esses direitos podem ser conquistados. Destaco, a título de exemplificar, as vertentes feministas liberal, radical, interseccional, dentre outras.

Assim, é salutar um pequeno recorte para apresentar esta instituição, que será aprofundado no terceiro capítulo desta pesquisa.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) é constituído pelas unidades Presidente Dutra e Materno Infantil. Sua capacidade instalada é de 506 leitos, realiza atendimento em diversas especialidades, desde clínica médica à transplante de órgãos. Apresenta uma boa estrutura física, com equipamentos modernos e profissionais treinados(as) e atualizados(as). Atua em várias vertentes: em ensino, pesquisa, assistência e extensão, todas voltadas à melhoria da qualidade dos serviços ofertados a população. É um dos Hospitais Universitários ligados ao Ministério da Educação que presta serviços altamente especializados, sobretudo de média e alta complexidade. Na Unidade Presidente Dutra são ofertados os Serviços Assistenciais em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Terapia Renal Substitutiva e outros. E na Unidade Materno Infantil, é oferecida assistência integral à saúde da mulher e da criança, além do serviço especializado de atendimento às situações de violência sexual, desde o ano 2000, conforme já exposto (REBRATS, 2020).

Este serviço do Materno Infantil foi fortalecido com criação da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que em seu artigo. 9º determina:

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso. § 1º O juiz determinará, por prazo certo, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal. § 2º O juiz assegurará à mulher em situação de violência doméstica e familiar, para preservar sua integridade física e psicológica: I - acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta; II - manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses. III - encaminhamento à assistência judiciária, quando for o caso, inclusive para eventual ajuizamento da ação de separação judicial, de divórcio, de anulação de casamento ou de dissolução de união estável perante o juízo competente. (Incluído pela Lei nº 13.894, de 2019). § 3º 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).

Segundo Cavalcanti (2007, p. 140), a violência sexual contra a mulher causa morte e incapacidade com maior prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva, acontece nas diferentes etapas do ciclo de vida e anula sua autonomia.

A Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014, do Ministério da Saúde, redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os serviços oferecidos nas Unidades de referências, regulados por Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde, buscam a ampliação da qualidade da assistência em matéria de atendimentos prestados pela equipe de saúde, disponibilidade de exames e medicamentos contra exposição a infecções sexualmente transmissíveis e o vírus HIV, além de acompanhamento psicológico e garantia dos procedimentos de interrupção da gravidez (BRASIL, 2014).

Contudo, a execução desse serviço apresenta pontos de tensão e necessidade de reflexão, tendo em vista que muitas vezes não ultrapassa a barreira das noções valorativas de conteúdo moral, como, por exemplo, atribuir uma justificativa para violência a partir do comportamento das mulheres, razão que me levou a estudar o problema.

Para tanto, a pesquisa propõe as seguintes questões norteadoras:

- ✓ De que forma são ofertados os serviços às mulheres em situação de violência, considerando a necessidade do reconhecimento da violência sexual como questão de saúde pública e quais as características da intervenção no cotidiano da instituição?
- ✓ Qual a relação entre a qualidade dos serviços ofertados e a disponibilidade de recursos humanos e insumos?
- ✓ Em que medida os encaminhamentos realizados têm contribuído para a atenção integral e a articulação com a rede de proteção?

- ✓ De que forma as ações são acompanhadas, tendo em vista pensar os processos enquanto possibilidades para fortalecimento desse espaço coletivo de valorização e empoderamento da mulher?

Estas questões serviram de base para elaboração dos objetivos específicos que nortearam a análise da temática proposta nesta pesquisa:

- ✓ Caracterizar o atendimento ofertado às mulheres em situação de violência no hospital de referência a partir da identificação do serviço, da equipe e dos insumos disponíveis para o atendimento às usuárias;
- ✓ Conhecer os encaminhamentos realizados, orientações e demais atividades desenvolvidas durante o acompanhamento dos casos de violência sexual;
- ✓ Verificar a existência de sistema de informação, mecanismos de monitoramento, controle e avaliação das ações previstas.

Com esta investigação sobre o Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em São Luís, almejo entender como tem ocorrido a implementação do serviço especializado no HUUFMA/UMI sob a perspectiva dos profissionais atuantes naquele setor. Também espero colaborar com o aprimoramento do serviço a partir dessa reflexão e contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas de enfrentamento da violência contra as mulheres.

1.1 O percurso metodológico da pesquisa

O processo de elaboração do conhecimento exige um exercício criterioso que leve o pesquisador a transpor a aparência dos fenômenos para atingir a sua essência, apreender as relações e as contradições que o compõem. Uma abordagem que despreze a dinâmica social e observe seu objeto em um espaço petrificado pode ser considerada uma abordagem pseudoconcreta

(KOSIK, 1976). Desse modo, o método de investigação deve traduzir a união entre os fatos e o contexto.

Para investigação da realidade neste estudo, foi considerado seus dois aspectos constituinte, o fenômeno e a essência, sendo o imediatamente manifesto na realidade investigada, uma das possíveis representações fenomênica da sua essência ou unidade de uma totalidade (ZAGO, 2013).

Por meio do materialismo histórico e dialético, adotado como método científico para este estudo, pressupõe-se uma visão totalizante do real, ou seja, uma visão de diferentes elementos interligados. O agir e o pensar implicam a percepção do todo.

Nesse sentido, a investigação sobre o serviço ofertado pelo HUUFMA para atender mulheres em situação de violência sexual requereu uma visão do conjunto da sociedade sobre a história da mulher na humanidade, situada no processo de reprodução das relações sociais e suas contradições, tensões e cultura. Para tanto, parti de reflexões acerca de conformações societárias fundadas na dominação e opressão da mulher pelo homem.

Esse primeiro movimento consistiu na aproximação com a realidade, admitida enquanto complexa, dinâmica, em constante e progressivas mudanças e na compreensão de que o mundo é resultado da práxis humana, seja ele marcado pela dominação e manutenção do *status quo*, seja marcado pela adoção de processos civilizatórios de emancipação e libertação das mulheres. Contudo, sempre passível de transformações.

Foi adotada uma abordagem qualitativa, considerando que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. [...] ela trabalha com um universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2007, p.21).

Os procedimentos metodológicos do estudo, além da natureza qualitativa já apontada, incluíram ainda uma revisão bibliográfica e documental. A primeira, contemplou temas relacionados à: gênero, feminismos e violência sexual. Da mesma forma, foram tomados os estudos de Saffioti (1982, 1987,

2004), Pateman (1993), Butler (2003), Beauvoir (2009), Lerner (2019), Scott (1989 e 1995) e Bandeira (2017) como referencial teórico-metodológico, principalmente os que remetem aos conceitos de poder, dominação/exploração, patriarcado, gênero e violência. Também foram utilizados outros autores, dentre eles, Federici (2019), Almeida (2007), Bourdieu (2001 e 2014), Gregori (2008), Santos (2010) e outros que igualmente discutem a temática.

Em relação à pesquisa documental, foram analisados registros referentes às Leis, Normas Técnicas, Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde. E consultados também outros escritos, como relatórios, protocolos e manuais de atendimentos da instituição.

O segundo movimento contou com a realização da pesquisa de campo, como forma de aproximação com a realidade concreta, tendo presente que a realidade é sempre mais complexa do que o objeto do conhecimento (ROCHA, 2015 p. 31).

As pessoas participantes da pesquisa de campo foram os integrantes da gestão e da equipe técnica multiprofissional de execução do serviço: médicas (os), enfermeiras (os), assistentes sociais, psicólogas (os) e farmacêuticas (os), respeitando a Resolução CNS nº 466/2012 que trata de pesquisas com seres humanos.

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde de referência ao atendimento de mulheres em situação de violência sexual, a saber: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - Unidade Materno Infantil.

O serviço especializado foi implantado em 2000. A análise realizada tem como recorte temporal o período de janeiro de 2020 a abril de 2021.

No final de 2013, houve mudanças significativas na organização e estruturação do serviço devido ao advento da nova gestão do hospital no âmbito da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e com ela, a admissão de uma nova equipe de profissionais.

A partir de 2014, após o concurso público, com a aposentadoria e pedidos de remoção de parte dos funcionários, e dentre esses os que atuavam no referido serviço, surgiu a necessidade de treinamento da nova equipe. Assim sendo, após 6 anos de execução das ações do serviço, entendo que a nova equipe já se apropriou devidamente das rotinas, e conta com acúmulo de

conhecimento necessário para contribuir com o desenvolvimento dos processos de trabalho de forma mais efetiva.

A pesquisa contou com a participação de doze profissionais que compõem o quadro de funcionários que desenvolvem suas atividades no serviço especializado, na função de gestor e técnicos, com formação de nível superior, sendo eles: 3 assistentes sociais, 2 psicólogas(os), 2 farmacêuticos(as), 2 enfermeiras(os) e 3 médicas(os). A coleta de dados primários foi iniciada após aprovação da pesquisa pela Comissão Científica COMIC/HUUFMA (Parecer n.º 72/2020) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA (Parecer n.º 4.411.695).

O critério de inclusão privilegiou profissionais com formação de nível superior e inserção no serviço há, no mínimo, 2 anos, devido a sua familiaridade com as ações e conhecimento sobre o tema. Não foram incluídos na pesquisa, os profissionais residentes.

O instrumental técnico utilizado para o levantamento das informações necessárias e coleta de dados foi o roteiro de entrevista semiestruturada, permitindo assim, a adequação das perguntas de acordo com cada situação ou experiência relatada pelo participante. Entendo que a entrevista semiestruturada permitiu maior espontaneidade do entrevistado ao refletir sobre as perguntas e fazer relação com as experiências vivenciadas no seu campo de atuação.

Segundo Minayo (1999 p. 108), com a utilização desse instrumental “[...] o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”.

Deste modo, considerando os aspectos destacados pela autora, as entrevistas realizadas possibilitaram o confronto do objeto estudado com o real concreto, uma vez que o roteiro destacava temas sobre divisão sexual do trabalho, desigualdade de gênero, violência sexual e dominação masculina, além de questões relativas à implementação do serviço especializado como capacidade instalada, oferta de educação permanente e atualizações à equipe de execução, interface com a rede socioassistencial e protetiva, o fomento às boas práticas em saúde, monitoramento e avaliação, e entraves e potencialidades do serviço.

A utilização desse instrumental ofertou à pesquisa maior genuinidade dos dados coletados, favorecendo maior proximidade das análises com a realidade.

Os doze participantes desenvolvem suas atividades em regime de escala de 6 horas nos turnos da manhã ou tarde, de segunda a sexta feira e 12 horas no plantão noturno e final de semana. As entrevistas individuais foram realizadas nos horários de trabalho de cada participante em ambiente acolhedor e com garantia do sigilo, em consultórios, salas de atendimento e no local utilizado para repouso dos profissionais.

O início do período de execução do projeto de pesquisa¹¹ foi muito comprometido devido à Pandemia da Covid-19. O HUUFMA é uma das unidades de saúde no estado que foi pactuada pelo acordo de contratualização como referência para receber esses usuários (as). Nesse período, teve sua taxa de ocupação de leitos muito elevada, sobretudo, após o acordo interestadual para receber, além da região metropolitana e interior do estado do Maranhão, os usuários do estado do Amazonas.

Portanto, houve uma nova organização na dinâmica do serviço e elaboração do Plano de Contingência¹². A equipe precisou ser redistribuída devido ao remanejamento para o atendimento dos novos casos de usuários internados, período que correspondeu ao adoecimento da população devido à alta transmissibilidade do vírus.

Somado a isso, vale lembrar que faço parte da equipe, lotada na Unidade Presidente Dutra, deste modo, fui escalada para trabalhar no setor Covid-19, identificado com Anexo C, em abril de 2020, período que vivenciei situações que envolveram sentimentos de angústia, aflição e muita tensão. Fui uma das

¹¹ Para submissão de projetos científicos na Plataforma Brasil e apreciação pelos Comitês de Ética em Pesquisa, o período de execução do projeto compreende o início da coleta dos dados primários, o que corresponde a realização das entrevistas com os participantes da pesquisa.

¹² “Considerando a infecção emergente pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), com decretação de Emergência de Saúde Internacional pela Organização Mundial de Saúde (30/01/2020) e de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pelo Ministério da Saúde em 03/02/2020, elaborou-se um plano de contingência estruturado em 25 itens, sendo estes os principais objetivos: • orientar as medidas de prevenção, diagnóstico, notificação e controle de possíveis casos suspeitos e/ou confirmados de infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) na Instituição. • Descrever itens essenciais ao atendimento a esses pacientes, tais como: número de profissionais, capacitações técnicas, estrutura física, logística de equipamentos, suprimento de insumos entre outros, disponíveis de imediato, a curto e a médio prazo. • Definir fluxos externos, alinhados à rede assistencial local, e internos para atendimento a esses pacientes” (HUUFMA, 2020).

primeiras profissionais a ser contaminada. Embora adotando todas as medidas para evitar o contágio, dois familiares meus também adoeceram. Posteriormente, retornei as atividades, tanto na UTI quanto na Enfermaria da Covid-19 e permaneci até fevereiro de 2021.

Enfim, todas essas situações influenciaram significativamente para que a pesquisa não cumprisse com o cronograma inicialmente proposto.

A coleta de dados primários se deu no período de maio a julho de 2021, entretanto, a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa ocorreu em novembro de 2020 logo após a anuência da instituição em setembro do mesmo ano.

Além do roteiro de entrevista semiestruturada, usei ainda na coleta de dados o instrumento denominado Diário de Campo, onde foi possível, através da técnica da observação não participante, ter maior proximidade com o objeto da pesquisa, através do registro completo das observações dos fatos concretos, sentimentos, experiências pessoais do pesquisador e reflexões, auxiliando na sistematização das informações coletadas e reconhecimento de detalhes e falas não ditas pelos sujeitos. Ressalta-se que as observações ocorreram apenas em reuniões e/ou outras atividades desenvolvidas pela equipe, ações educativas, Roda de Diálogo e reuniões, que possibilitou a percepção sobre a forma de como cada categoria profissional contribui com o processo.

As entrevistas foram gravadas (com a anuência de cada participante) em áudio e posteriormente transcritas pela pesquisadora com o objetivo de minimizar o risco de perda de informações.

Conforme preconiza a Resolução CNS n.º 466/2012, a pesquisadora manterá os dados em arquivo, físico e/ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa.

Quanto à análise dos dados empíricos, foram organizados e submetidos à análise crítica a partir de categorias fundamentais, visando à aproximação entre a fundamentação teórico-metodológica e a realidade, de forma a produzir análise que ultrapasse o aparente e imediatamente visível, num esforço de evitar a simplificação dos dados, conclusões equivocadas ou superficiais (MINAYO, 1994).

Quanto aos aspectos éticos, conforme já referido, o estudo foi realizado em consonância ao que é preconizado pela Resolução CNS n.º 466/2012, que apresenta as normas e diretrizes éticas de pesquisas envolvendo seres

humanos. Aos possíveis participantes da pesquisa, em momento anterior à aplicação das entrevistas, foram apresentados o tema, objetivos e importância do estudo em questão, de forma que tiveram tempo hábil para decidirem se participariam ou não. Nos casos de concordância quanto à participação na pesquisa, os participantes foram convidados a proceder com leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), cujas páginas foram devidamente numeradas e rubricadas pelo(a) participante e pesquisadora, sendo a última folha assinada por ambos. Às (Aos) participantes foi disponibilizada uma via do TCLE, sendo que a outra via permanecerá com a pesquisadora. Durante a coleta de dados, as (os) participantes foram esclarecidas (os) quanto a buscar seus direitos a indenização, se necessário for, junto aos órgãos competentes, de acordo com o que prevê a Resolução CNS n.º 466/2012, garantindo assim o resguardo dos princípios éticos que orientam a pesquisa com seres humanos. Além disso, foi respeitada a disponibilidade de horários, visto que são profissionais atuantes na referida Unidade de Saúde.

Quanto aos riscos, esta pesquisa apresentou riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas, para minimizá-los ainda mais, foi garantido total sigilo sobre identificação das(os) participantes, pois nos comprometemos a adotar somente um codinome de flores (Tulipa, Verbena, Hortênci...), além do que, os dados coletados serão utilizados para fins exclusivamente científicos; a pesquisadora se comprometeu ainda a guardar os áudios das entrevistas e suas transcrições em local seguro, onde somente ela terá acesso. Foi comunicado que o momento da entrevista poderia deixar o participante desconfortável e cansado, e se caso isso ocorresse, a entrevista poderia ser interrompida e reiniciada no mesmo ou em outro dia, de acordo com sua disponibilidade.

No que se refere aos benefícios, foi esclarecido que o participante teria como benefício direto com a pesquisa a oportunidade de trocar conhecimentos a partir das suas experiências com a temática e as informações adquiridas trazidas pela pesquisadora. Como benefícios indiretos, suas respostas ajudarão a compreender melhor o Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e poderão contribuir tanto com elementos de análise e aprimoramento desse

processo, como para o aperfeiçoamento do cuidado junto às usuárias, além da participação no debate científico a respeito da temática.

Os entrevistados apresentaram os seguintes dados demográficos: faixa etária entre 29 a 51 anos; no quesito raça/cor da pele, 41,66% se declaram branca, 50% parda e 8,33% preta; sendo que 100% tem nível superior completo, 16,66% com doutorado, 25% com mestrado e 58,33% com pós-graduação *latu sensu*; ainda, 100% são profissionais de saúde, sendo que 33,32% com mais de 20 anos de profissão, 25% com 10 anos ou mais, e 41,66% com menos de 10 anos.

Após a qualificação da pesquisa foi solicitado, junto ao CEP de referência, a mudança do título original (Mulheres em situação de violência sexual: relações de poder e dominação presentes no enfrentamento da violência de gênero) para o atual título (Muito além do óbvio: o confronto de olhares no enfrentamento da violência de gênero).

Esta pesquisa está estruturada da seguinte forma: a introdução para apresentação do tema proposto para o estudo, seu objetivo, as motivações para sua escolha e o percurso metodológico percorrido durante toda a investigação. No segundo capítulo, trago a discussão da violência de gênero como expressão de poder do homem sobre a mulher, com ênfase na violência sexual, a categoria gênero e a construção de identidades a partir das autoras feministas, discorro também sobre a dominação masculina e a subalternidade da mulher nas relações desiguais de poder, o estupro como reflexo da objetivação da mulher e a negação de sua subjetividade.

No terceiro capítulo, apresento o processo de criação/implantação do serviço especializado no HUUFMA, as características para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual a partir do olhar dos profissionais que atuam nesse campo, e a análise dos resultados, de acordo com os objetivos secundários. Por fim, apresento as conclusões conforme as considerações levantadas no estudo.

2 DESIGUALDADES DE GÊNERO FUNDADAS NA RELAÇÃO ENTRE SISTEMAS DE DOMINAÇÃO E OPRESSÃO DA MULHER

Neste capítulo, apresento alguns elementos que auxiliam na compreensão sobre o pensamento conservador de recusa da participação das mulheres em movimentos históricos e reforça a manutenção do papel social da mulher no ambiente doméstico e na vida privada. Considero estratégico para analisar a condição de subalternidade e como as mulheres foram alijadas dos seus direitos.

Neste sentido, proponho uma discussão acerca dos processos que fundamentam a ideia da mulher enquanto sujeito subalternizado.

Parto da discussão sobre a violência contra a mulher, o que consolida a vigência do patriarcado na contemporaneidade, com ênfase na violência sexual enquanto expressão máxima da objetivação feminina. Trago a reflexão sobre o modo como historicamente a sociedade determinou através de papéis sexuais os lugares de homens e de mulheres, naturalizando e segregando as mulheres nos espaços privados e reforçando sua invisibilidade na história social, e discorro sobre categorias que ajudam a esclarecer o reposicionamento das mulheres em lugares de subordinação em meio a essa sociabilidade. Gênero é uma categoria de análise necessária para este percurso, no entanto, ela isolada não responde às questões quanto ao vetor da dominação. Sendo assim, o conceito de gênero deve estar articulado ao patriarcado, enquanto categoria que expressa uma forma de dominação própria. Por fim, trato sobre o crime de estupro enquanto fenômeno social que expressa uma relação desigual de poder.

2.1 A violência de gênero como expressão da dominação masculina e da subalternização das mulheres

A violência é um fenômeno complexo que atinge toda a humanidade. Está relacionada à exclusão decorrente da exploração do capital, como o desemprego ou sua precarização, a miséria, a fome, e a violência urbana, ligada ao tráfico de drogas e à milícia nos grandes centros urbanos. Se apresenta de várias formas, promovendo uma situação de instabilidade, pois extrapola o uso da força física e se manifesta pela dominação e opressão de uma pessoa ou

grupo sobre outro, que deseja impor sua vontade deliberadamente, causando consequências graves e até a morte de pessoas.

Nesses termos, podemos afirmar que vivemos em uma sociedade violenta. É possível que essa violência não seja percebida, pois a sociedade naturalizou algumas relações.

Em se tratando de relacionamentos afetivos, é importante entender que o outro possui a sua singularidade, é um sujeito pleno, não se trata de sua “cara metade”, pois somos inteiros. Mas, em relações abusivas alguém deseja dirigir o que o outro deve fazer, criando uma situação de dependência e impedindo que se tenha os próprios sonhos, além de provocar sentimentos de medo, opressão, numa relação de controle (ABREU, 2020).

Por outro lado, é criada por parte da pessoa, cuja integridade foi violada, uma reação de evitar um conflito, anulando sentimentos e emoções, buscando justificativas para a ação. No entanto, há que se destacar que o conflito faz parte das experiências construídas ao longo da vida, não é externo ao ser humano. O nocivo é quando o conflito deixa de ser a base para convivência e ultrapassa a barreira do respeito. A este propósito, são bem-vindas as identidades, assim como as diferenças, ao contrário da ideia equivocada de igualdade cujo par é a desigualdade (SAFFIOTI, 2004, p. 37).

Entre os tipos de violência, chama atenção a violência de gênero, em que as principais vítimas são as mulheres. O corpo feminino torna-se “espaço preferencial”, expresso no número de casos de assassinatos, estupros, assédios no local trabalho ocorridos contra as mulheres, bem como o sofrimento que vivenciam com o abuso do poder e opressão patriarcal, em que os homens são os que definem as regras e os padrões de comportamento, impondo suas opiniões e vontade às mulheres (FERREIRA, 2016; BANDEIRA, 2017).

Do mesmo modo, para Bandeira (2017)¹³ devemos reconhecer a violência contra a mulher como uma força social herdada da ordem patriarcal, moldada de forma estrutural e carregada de significados que são determinantes das relações de poder e dominação.

¹³ A autora adota a perspectiva modernista de análise sobre violência, segundo a qual “a violência é uma força social que estrutura as relações interpessoais, ações coletivas e relações sociais de modo geral, sobretudo no contexto da análise das situações da violência contra a mulher e de gênero” (BANDEIRA, 2017).

Segundo a autora, a violência colocada desta forma consiste em uma força estruturadora das relações de gênero que pretende de um lado definir uma essência de cada gênero enquanto “agredida” e “agressor”; e por outro, se impor ao ponto de atingir sua integridade, e com pouca possibilidade de resistência social e institucional devido a sua naturalização. Bandeira entende a violência contra mulher e de gênero como uma força capaz de estruturar as relações sociais e os componentes de controle e de poder que regulam a relação entre homens e mulheres, balizada pela ideologia viril. Destaca as suas motivações:

[...] motivados por razões diversas (im)postas, sobretudo, pelo(s) agressor(es), que envolvem ódio, raiva, desprezo, humilhação, insubordinação feminina ao desejo masculino, o descontrolo das emoções e a perda de prestígio viril. Estes sentimentos de perda sobre a “propriedade” da mulher, e por tantas outras motivações em sociedades como a nossa, onde a “masculinidade hegemônica” é vinculada a uma cultura de honra e de orgulho, leva o homem a querer manter o controle sobre o corpo feminino e a sexualidade (BANDEIRA 2017, p. 22).

Com efeito, para Saffioti (2004), a violência contra mulheres no âmbito privado é um fenômeno social relativamente oculto, ou com o intuito de preservar a família, por entendê-la como sagrada, ou por vergonha de uma exposição. Geralmente, o marido agressor é poupado por esse ser um fato que não é levado ao conhecimento público.

A violência contra as mulheres devido ao seu gênero assume múltiplas formas, englobando diferentes atos, como ameaça, coação ou força. Provoca sofrimentos físicos, sexuais ou psicológicos com o objetivo de intimidá-las, puni-las, humilhá-las, atingi-las na sua integridade física e na sua subjetividade.

Embora seja esse um fenômeno muito recorrente na vida privada, infelizmente ocorre também na vida pública das mulheres. São expressões de relações desiguais de poder entre os gêneros, utilizadas como aprendizagem da virilidade e muitas vezes são legitimadas socialmente, além de atingirem diretamente as mulheres no que tange a sua segurança, provocando sentimento de insegurança e privando sua liberdade de ir e vir (ALEMANY, 2009).

Ademais, admite-se que a violência de gênero nas sociedades contemporâneas é motivada em parte pela cultura patriarcal, enraizada na estrutura dicotômica e a própria conformação da sociedade que se desenvolve através das oposições, tanto no pensamento, como na prática. Assim, temos o

belo e o feio, o bom e o ruim, o masculino e o feminino. A mulher entendida como falta, como negativa, segundo esta dicotomia, o não-homem.

Saffioti (2004) enfatiza que, a violência de gênero consiste em um problema social cuja análise encontra-se em meio aos seus estudos sobre gênero, raça/etnia, classes sociais e patriarcado, fundada no contexto político-econômico brasileiro. Para a autora, é sob a ordem patriarcal de gênero que devem ser feitas as análises sobre a violência contra as mulheres. Destaca ainda que na sociedade patriarcal em que vivemos, percebe-se a banalização dessa violência, certa tolerância e até um “incentivo” para que os homens possam exercer sua virilidade baseada na força/dominação.

Ao reconstruir categorias como gênero, patriarcado e violência, compreendidas como categorias analíticas e históricas, Saffioti (2004) revela que existe uma ruptura na integridade social, que é o fato da sujeição feminina à dominação masculina aceita pela sociedade e que sua superação requer o enfrentamento efetivo, através de uma política de combate à violência que opere em rede¹⁴ e se materialize através da articulação de diferentes instituições como: Ministério Público, Juizados, Delegacia de Polícia, Defensoria Pública, Hospitais para que possa ter eficácia no combate à violência contra a mulher.

Posto isto, enfatizo que a expressão Violência contra a Mulher é um conceito que surgiu no âmbito do movimento feminista na década de 1970, que se harmoniza com a concepção de violência conjugal que especifica a violência contra a mulher no contexto das relações afetivas.

O debate sobre o tema se amplia na segunda metade do século XX, quando o Movimento Feminista articula a discussão da violência com a questão de gênero e com o surgimento de novas categorias de estudos, como saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos, identidade, dentre outras.

No Brasil, os anos de 1970 são marcados pelo ressurgimento dos Movimentos Feministas, que foram duramente reprimidos, sobretudo durante os

¹⁴ Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. [...] a rede de enfrentamento tem por objetivos efetivar os quatro eixos previstos na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres - combate, prevenção, assistência e garantia de direitos - e dar conta da complexidade do fenômeno da violência contra as mulheres (BRASIL, 2011).

primeiros anos da ditadura militar, que o impediu de se impor enquanto sujeito coletivo de transformação.

A volta do exílio de pesquisadoras feministas ao país, sob a influência dos movimentos europeu e estadunidense, colocou novamente na cena política pautas feministas.

Em 1975, a ONU declarou o Ano Internacional da Mulher, e o Movimento Feminista brasileiro teve atuação nas comemorações mundiais, além de protagonizar várias mobilizações em torno das discussões sobre violência, utilizando lemas e palavras de ordem como: “O pessoal é político”, “Nosso corpo nos pertence” (GARCIA, 2015).

Dessa forma, os movimentos feministas denunciavam e confrontavam a violência contra mulher que ocorriam no âmbito privado, onde maridos, companheiros, namorados e amantes esboçavam reações de homens com valores baseados em estruturas de poder a partir do gênero, que são capazes, inclusive, de matar uma mulher por se sentir seu dono.

Um exemplo desta assertiva foi a morte de Ângela Diniz no final do ano de 1976 na cidade de Búzios – RJ, a tiros, desferidos por Raul Fernandes do Amaral Street (“Doca”), com quem mantinha um relacionamento íntimo. Segundo reportagens da época, Ângela Diniz havia rompido a relação e Doca Street não aceitava a sua decisão e após uma discussão saiu de casa, mas retornou em seguida e a matou.

O caso foi levado ao Tribunal do Júri, tendo em vista se tratar de um crime contra a vida, e nesses casos não é julgado pelo(a) juiz(a), mas pela sociedade. A tese da defesa era que a motivação do crime foi a “legítima defesa da honra”, e que ele havia matado “por amor”, provocando indignação dos movimentos feministas.

Durante o julgamento, a defesa questionava o comportamento social da vítima, chegando a argumentar que ela própria teria também responsabilidade por sua morte. Senão, vejamos estes fragmentos da exposição do advogado de defesa, Evandro Lins e Silva, durante o julgamento em 1979, que se comportava como se o seu papel fosse assistente da acusação e o seu cliente fosse a vítima:

“Ela queria a vida livre, libertina, depravada [...] a prostituta de alto luxo da Babilônia, que pisava corações e com suas garras de pantera arranhou os homens que passaram em sua vida”. “Ela própria cria as

condições para morrer pela mão de outrem. Foi esse, o infeliz que a matou”. “Até que ponto a participação da vítima contribuiu para deflagração da tragédia?” (SILVA, 2019).

Em síntese, o advogado pretendia mostrar que o desfecho era consequência “das provocações” da Ângela Diniz, atribuindo-a uma imagem negativa, além de desviar o foco para vítima. Portanto, uma estratégia de justificar a violência de gênero como um produto do comportamento inadequado de uma mulher.

A tese da “legítima defesa da honra” não encontra correspondente na legislação brasileira. Contudo, era muito utilizada em julgamentos dos crimes passionais pelos advogados de defesa, para diminuir a pena de reclusão dos acusados. Além disso, considerando que o júri poderia não ter conhecimento sobre as normativas legais, seu julgamento era baseado em normas sociais de conduta.

De acordo com o parágrafo 1º do artigo n.º 121 do Código Penal,

Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço (BRASIL, 1940).

Nesses moldes, parte da culpa deve ser atribuída à vítima, impossibilitada de se defender por já estar morta.

Num primeiro julgamento, ocorrido em 1979, Doca Street foi condenado, de acordo com a expectativa da defesa, a uma pena leve de dois anos de prisão. Doca Street havia cumprido sete meses, no entanto, aguardava o julgamento em liberdade, e após a divulgação da sentença pôde sair livre do tribunal. Todavia houve clamor público provocado pelos movimentos feministas que denunciaram a parcialidade da justiça, levando o ministério público a recorrer e um novo julgamento aconteceu em 1981. Importante lembrar que o episódio foi amplamente divulgado na imprensa nacional:

Os movimentos feministas da época ganhavam voz, todas as mulheres se sentiam injustiçadas, todas estavam lutando pela memória de Ângela, não como pessoa imoral, mas como ser humano que tem direito à vida, que tem o direito de fazer suas próprias escolhas. Foi quando, então, surgiu o slogan “quem ama não mata”. Até o poeta Carlos Drummond de Andrade se manifestou em condolências à vítima, escrevendo a famosa reflexão: “Aquela moça continua sendo assassinada todos os dias e de diferentes maneiras” (CASTRO, 2020, p.3).

Apesar do curto espaço de tempo entre os dois julgamentos, as mudanças que vinham acontecendo devido ao processo de redemocratização foram determinantes para que posturas divergentes ao pensamento androcêntrico hegemônico ganhassem adesão de parte da sociedade, impulsionadas por movimentos sociais que lutavam pela igualdade nas relações de gênero.

Os Movimentos Feministas que retomavam sua organização no país, não aceitaram os argumentos, considerados absurdo, e fizeram ampla mobilização envolvendo a sociedade e a imprensa. Então, no segundo julgamento, Doca Street foi condenado a quinze anos de detenção e cumpriu a pena em regime fechado até 1987.

O que atualmente é visto com indignação e reconhecidamente enquanto o ápice da violência de gênero, o feminicídio, naquele contexto tratava-se do crime passional. Geralmente envolvendo traição entre casais ou crime de adultério.

No período do Brasil colônia, de acordo com Correia (1981), as normas eram baseadas nas chamadas Ordenações Filipinas, que vigoravam em Portugal e suas colônias.

Esse conjunto de leis considerava o adultério um crime passível de pena capital. Evidentemente que o Código Penal de 1940, em vigor na época do crime contra Ângela Diniz até os dias atuais, não adota mais esse tipo de punição e o adultério deixou de ser crime a partir de 2005¹⁵. Contudo, a cultura patriarcal influenciava os valores presentes na sociedade, justificando o direito de matar para defender a honra.

O componente gênero está implícito, uma vez que, segundo a norma da época vigente, o adultério não se constituía crime para os homens, desde que não comprometesse o patrimônio familiar (CORREIA, 1981). O homem seria julgado pelo crime de adultério se confirmado relacionamento extraconjugal em que esse sustentasse financeiramente outra mulher. Enquanto as mulheres eram proibidas de terem relações sexuais fora do âmbito do casamento.

¹⁵ A Lei n.º 11.106, de 28 de março de 2005, descriminalizou o adultério, revogando o artigo n.º 240 do Código Penal.

No caso Ângela Diniz, ela foi julgada pela sociedade por divergir do comportamento esperado como natural para uma mulher, regulado pelas normas de conduta socialmente estabelecidas. De forma que, ela era desquitada, consumia álcool, mantinha relacionamentos afetivos com homens casados, afrontava a moral conservadora da sua época.

Importante destacar ainda em relação a esse caso, em especial, é visto como um ponto demarcador da luta feminista contra a violência à mulher e na luta contra a impunidade. A ação política protagonizada pelos movimentos feministas neste episódio se contrapondo a uma decisão judicial, considerada injusta e parcial, teve grande repercussão, ao ponto de criar o slogan: “Quem ama não mata” e expor o conservadorismo da sociedade patriarcal ao tempo em que inaugura uma luta política de combate a violência em todo o país, exigindo políticas públicas para as mulheres.

Essa nova forma de articular gênero e violência irá conferir um cunho mais político à luta feminista, engajada em defesa dos direitos da mulher. As feministas passaram a se posicionar contra o modelo vigente das relações sociais pautadas em desigualdade com prevalência do poder do homem em detrimento das mulheres, embasadas pelas teorias neomarxistas e na psicanálise.

Os(as) Marxistas modernos(as), sobretudo na Itália, foram os(as) que mais avançaram na elaboração de uma crítica à visão marxista de opressão à mulher na lógica da análise dos meios de produção. Tendo em vista que os clássicos prestaram uma atenção secundária às relações de produção e reprodução.

Nas grandes revoluções do século XVIII e até mesmo durante o período do Iluminismo, a mulher desempenhou um papel secundário, tanto na vida social quanto familiar, inferior ao do homem, fortalecendo a cultura de subordinação e até mesmo, de coisificação. Esse fato contribuiu para que a sociedade percebesse a mulher como propriedade do pai e depois do marido ou de qualquer outro homem, mesmo que não fosse do contexto familiar (ALAMBERT 1986, p. 91).

No entanto, destaco que a luta das mulheres por cidadania sempre foi movida por resistência, a exemplo das pioneiras do feminismo como a Mary

Wolstonecraft, Olympe de Gouges no século XVIII e a brasileira Nísia Floresta no século XIX (FERREIRA, 2019, p, 20).

Para Saffioti, existe uma banalização da violência e todas as consequências que surgem em decorrência desse fenômeno, a autora destaca que há uma tolerância e até um certo incentivo na sociedade para que os homens exerçam sua virilidade baseada na força e dominação de acordo com a ideologia patriarcal de gênero. A autora lembra que as pessoas são socializadas para manter o pensamento machista, classista e sexista estabelecido pelo patriarcado. Dessa forma, é “normal e natural que os homens maltratem suas mulheres, assim como pais e mães maltratem seus filhos, ratificando, deste modo, a pedagogia da violência” (SAFFIOTI, 2004. p.74).

A autora afirma que a violência se constitui uma prisão, isto porque:

Rigorosamente, a relação violenta se constitui em verdadeira prisão. Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque o macho deve dominar a qualquer custo; e a mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu “destino” assim o determina (SAFFIOTI, 2011, p. 85).

Entendida como um problema sistêmico, e desse modo requer a intervenção do Estado, a violência contra a mulher é objeto de pesquisas que subsidiam a gestão pública.

Alguns estudos, realizados por institutos de pesquisa não governamentais, como a Fundação Perseu Abramo (2010), apontam que aproximadamente 24% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica. Quando estimuladas por meio da citação de diferentes formas de agressão, esse percentual sobe para 40%. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) indica, também, a maior vulnerabilidade de mulheres e meninas ao tráfico de pessoas e à exploração sexual (2005). Segundo estudo divulgado pela UNESCO em 1999, uma em cada três ou quatro meninas é abusada sexualmente antes de completar 18 anos (BRASIL, 2011, p. 12).

Há ainda um esforço para sistematizar na legislação brasileira, tendo em vista sua ampla percepção, uma definição de violência contra mulheres. Este tema será aprofundado no terceiro capítulo, que trata da análise do serviço especializado. Contudo, apenas para abreviar a discussão acredito ser pertinente trazer o conceito adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, segundo a qual a violência contra a mulher constitui:

“[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Art. 1º). A definição é, portanto, ampla e abarca diferentes formas de violência contra as mulheres, tais

como: a violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher, compreendendo, entre outras, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (Lei nº 11.340/2006); a violência ocorrida na comunidade e que seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; a violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional) (BRASIL, 2011, p. 19).

Neste estudo trato de um tipo de violência de gênero que é a sexual¹⁶, entendida como um fenômeno que atinge mulheres de todas as classes sociais, raças e culturas e em qualquer etapa da vida. Embora possa ocorrer contra homens, são as mulheres as principais vítimas, decorrente da lógica patriarcal em sociedades hierarquizadas, cujo feminino encontra-se em posição subjugada ao masculino.

Portanto, revela uma relação intersubjetiva de controle e subordinação da sexualidade da mulher, imposta como regras que regulam a prática sexual na sociedade. Nesse sentido, a violência sexual é uma das mais antigas e cruéis expressões da violência de gênero e uma inaceitável violação dos direitos humanos.

O ato sexual passa a ser concebido como uma forma de dominação e é exercido através do poder simbólico (BOURDIEU, 2001). Dessa forma, a mulher é vista como objeto, cuja função é manter o capital simbólico presente nas forças de dominação pertencente ao homem que detém o poder.

A violência sexual entendida como resultante das relações de gênero, baseadas em conceitos presentes na ordem social, possibilita compreender a posição de subordinação das mulheres e analisar a relação de dominação e poder. Ademais, revela formas implícitas desses conceitos na sociedade burguesa (ANJOS, 2000; CAVALCANTI, 2007).

Assim, como os demais tipos de violência contra mulher, a violência sexual é uma relação de poder, pois o agressor se utiliza de meios como a força

¹⁶ De acordo com a Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual, a violência sexual é entendida como “uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esta demanda. Pode acometer crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas em espaços privados e públicos; e causar traumas, ferimentos visíveis e invisíveis e em algumas situações levar à morte” (BRASIL, 2015).

física, coerção, sedução ou intimidação psicológica e obriga a outra pessoa a praticar ou submeter-se à relação sexual. Tal prática, onde corpos e sujeitos femininos são transformados em objeto, é considerada crime, mesmo se exercida por companheiro ou marido (LABRONICI, *et al*, 2010; TÁVORA, MACHADO, 2020).

A violência sexual provoca também sentimento de insegurança, pois, segundo Labronici, *et al* (2010), as mulheres afirmam ter medo para sair do mundo privado e circular em espaços públicos, por estarem expostas a todo tipo de violência, incluindo o estupro. Para a autora, esse sentimento provoca uma modificação no “seu ser e estar no mundo”.

A maneira de se expressarem no processo de coexistência na vida profissional e social foi afetada, porquanto o outro pode ser sempre uma ameaça, aquele que a qualquer momento poderá se aproximar com a intencionalidade de praticar alguma agressão (LABRONICI, *et al*, 2010, p. 404).

A insegurança estimula ações defensivas fazendo com que a mulher se sinta ameaçada a todo instante, mesmo que não haja perigo próximo ou tangível, o que a autora classificou como “medo sem razão de ser”. Podendo acarretar reações contra alvos sem nenhuma relação com o agressor, como se fossem “fantasmas”, com possibilidade de comprometer seus relacionamentos familiares, profissionais e afetivos. Por conseguinte, o medo torna-se um limitador da liberdade individual. Labronici, *et al* (2010), assevera que a liberdade para viver com segurança deveria ser um direito que todos teriam como desfrutar.

No entanto, a violência sexual provoca um estado de ansiedade e impõe restrições, limitando as oportunidades de participação da vítima na vida pública.

Para Mattar, *et al* (2007), a violência sexual pode também implicar problemas sociais, como: comprometimento dos estudos, perda de empregos, separações conjugais, abandono de casa, e procura por serviços de saúde com mais frequência. Nos casos envolvendo meninas, os(as) pesquisadores(as) destacam sérias consequências, como dificuldades escolares, seja de aprendizagem, problemas de comportamento, de relacionamento, uso de álcool e outras drogas e exploração sexual.

As mulheres adultas apresentam traumas físicos graves, necessitando de internações, e as mortes violentas geralmente são precedidas de violência

sexual. Há ainda o risco da gravidez indesejada que implica em abortamento clandestino, além do risco de infecção, perda do órgão e óbito materno.

Outros(as) autores(as) se dedicam ao estudo sobre o conceito ampliado para violência sexual. De acordo com Oliveira *et al* (2005),

A violência sexual revela o complexo contexto de poder que marca as relações sociais entre os sexos. Por violência sexual se compreende o estupro, tentativa de estupro, atentado violento ao pudor, sedução, atos obscenos e assédio, que podem ocorrer de forma conjugada, inclusive, com outros tipos de violência física (OLIVEIRA, *et al*, 2005, p.377).

A percepção das(os) entrevistadas(os) ouvidas(os) nesta pesquisa, mostra a clareza sobre o fenômeno:

A violência sexual é uma forma de imposição, de coerção, de abuso mesmo. Diz respeito à vontade individual, que atinge principalmente as mulheres, mas também os homens. É uma violência que no meu entendimento está baseada na desigualdade de gênero. Acontece na maioria das culturas, principalmente nas culturas machistas cujo valor é o patriarcado, que vê a mulher como um objeto, uma extensão de propriedade masculina, então associa os corpos femininos como direito ao acesso a hora que quer, do jeito que quer, sem respeitar a individualidade e a integridade física e psicológica. (Tulipa).

A violência contra mulher é uma coisa muito mais ampla do que se comenta, existe vários tipos de violência. Para mim qualquer movimento que impeça a pessoa de ser ela mesma já é uma violência. A violência sexual é uma coisa que é muito dolorosa fisicamente e o impacto psicológico é muito maior, então qualquer coisa que vá de encontro ao que aquela pessoa deseja para ela e que não faça mal ao outro, qualquer cerceamento de liberdade, de conduta, para mim já é uma violência. (Antúrio).

Para mim, violência sexual é infringir o direito da mulher de aceitar ou não aceitar a relação sexual. Violência sexual ofende a dignidade do ser humano. (Calêndula).

Saffioti assevera essa percepção ao referir que “isto equivale a dizer que, excluídas as classes de pessoas mencionadas no Código Civil¹⁷, todas as

¹⁷ Código Civil, em vigor desde 11 de janeiro de 2003 “Art. n.º 1.521. Não podem casar:

I – os ascendentes com os descendentes, seja o parentesco natural ou civil;

II – os afins em linha reta;

III – o adotante com quem foi cônjuge do adotado e o adotado com quem o foi do adotante;

I V – os irmãos, unilaterais ou bilaterais, e demais colaterais,

até o terceiro grau inclusive;

V – o adotado com o filho do adotante;

V I – as pessoas casadas;

VII – o cônjuge sobrevivente com o condenado por homicídio ou tentativa de homicídio contra o seu consorte” (BRASIL, 2003).

demais mulheres são sexualmente disponíveis para quaisquer homens” (SAFFIOTI, 2004, p. 29).

Outros relatos de percepção sobre violência trazem a visão ampliada da violência sexual. Senão, vejamos alguns exemplos:

Violência sexual é a violação do corpo, não necessariamente é a questão da penetração, existem uma variedade de tipos de violências sexuais incorporadas nesse escopo, como carícias, voyeurismo, o assédio, a pornografia infantil, pornografia de adultos, a manipulação do corpo feminino sem permissão do toque, também se configura violação. (Hibisco).

São gestos, são toques em seu corpo sem a devida permissão, sem que a pessoa esteja aceitando que aquilo venha ocorrer. Então, assim, considero ser uma forma mais ampla, não exatamente o ato sexual (Violeta).

Violência sexual contra mulheres é, para mim, qualquer atitude de alguém contra uma mulher que vá causar um dano psicológico ou físico nela. Às vezes, a gente pensa que violência sexual é somente o ato sexual forçado, mas nem sempre. Uma palavra que você fala, o jeito que você toca nela, o jeito que você se dirija a ela, para mim já chega a ser uma violência. Isso já aconteceu comigo, mostrar partes íntimas, “encoxada no ônibus”, ou então uma palavra que um homem fale quando você está passando na rua” (Gerânio).

Esse é um pensamento compartilhado por Davis (2016), quando se refere que as mulheres estão sujeitas a experiências efetivas ou potenciais de abusadores.

A vítima de violência sexual é percebida por cientistas com maior probabilidade de reproduzir as violências sofridas, assim como se mostra vulnerável as armadilhas sexuais ou violência física (SAFFIOTI, 2004).

Há ainda outras formas de violência sexual, como obrigar a mulher a abortar, impedir o uso de métodos contraceptivos, constrangê-la a praticar atos sexuais que lhe causam desconforto, além de provocar uma transgressão dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, sobretudo ao direito físico e ao controle de sua capacidade sexual e reprodutiva (BRASIL, 2015).

Portanto, a violência contra mulheres deve ser tratada de forma específica. Identificar que essa violência está diretamente relacionada à questão de gênero e reconhecer que, em se tratado de um problema social sistêmico, como já destacado, o Estado tem papel importante no que se refere a formulação e implementação de políticas públicas que assegurem a dignidade e os direitos

humanos das mulheres, bem como a valorização e o fomento à pesquisas para transformações paradigmáticas.

2.2 Gênero como categoria explicativa para compreender a subalternidade da mulher

Desde a mais tenra idade recebemos informações sobre papéis masculinos e femininos baseados em características subjetivas e uma ideia da mulher muito ligada a fragilidade, castidade e resignação, cujo destino dependia dos interesses masculinos.

O pensamento feminista contribuiu sobremaneira para superação da ideia de que o destino da mulher está atrelado restritamente a família, a casa ou, no máximo, a algumas atividades remuneradas ligadas ao cuidado, como enfermeira ou à educação, como professora das primeiras séries escolares, consideradas “mais adequadas” para as mulheres. De fato, as feministas inauguraram um pensamento crítico e uma postura contrária ao sexismo. Contudo, ainda convivemos com atitudes e pensamentos que legitimam a opressão feminina, simplesmente pela condição de ser mulher.

Alterar valores, crenças ou imperativos que historicamente definiram papéis de homens e de mulheres, sem dúvida não é uma tarefa das mais fáceis. Já nos permitimos refletir sobre a forma que a subalternidade da mulher é aceita por todos como algo natural? Por que nos parece legítimas as estruturas de poder que favorecem a desigualdade de gênero? A oposição entre cultura e natureza, público e privado, poderia ser considerada como expressão de um conjunto de determinantes convergentes que dá fundamento e mantém as relações sociais assimétricas e hierarquizadas?

Segundo Heleieth Saffioti, a sociedade de classe determinou modos de excluir as mulheres da estrutura ocupacional, baseados no fator sexo, cujas raízes justificam, através de papéis sociais, os lugares de homens e de mulheres, onde a condição da mulher surge como a combinação que permite a manutenção e disseminação de preconceitos e sua marginalização na vida econômica. Para a autora, gênero é um conceito a-histórico, palatável e de certa forma, apolítico. Logo, compreende o gênero como uma representação que produz e reproduz diferenças pela classificação dos indivíduos por meio do sexo, as quais existem

abordagens e perspectivas específicas para suas análises (SAFFIOTI, 1982, 2004).

Com a emergência da categoria gênero, a naturalização dos papéis sexuais passou a ser questionada, admitindo-se que existe uma identidade de sexo, que classifica os papéis do gênero como um produto histórico-cultural e político que foi definido ao longo dos anos e pautado por uma perspectiva da sociedade patriarcal, conforme preconiza Saffioti (1987, p. 8):

A identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através da atribuição de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo. A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem.

A autora afirma que a socialização dos filhos, o cuidado e a educação são atribuídos como tarefas tradicionais das mulheres que passaram a ser questionadas nos estudos de gênero, uma vez que são tarefas que podem ser desempenhadas por homens e mulheres. Saffioti (1987) revela ainda que, embora o espaço doméstico na maioria das sociedades seja naturalizado como do domínio da mulher, onde ela muitas vezes exerce seu trabalho exclusivamente em casa, limpando, cozinhando, cuidando do marido e dos filhos ou como doceira, decoradora, costureira ou outras atividades remuneradas para o seu sustento e de sua família, em outras conformações sociais, existem particularidades que denotam diferenças.

Um exemplo são as vivências em algumas aldeias indígenas, onde as mulheres não têm suas rotinas de trabalho alteradas por ter parido seus rebentos e dão continuidade as suas atividades enquanto o pai da criança é quem descansa e recebe cuidados especiais. “Este costume chama-se couvade”. (SAFFIOTI, 1987, p. 9). O parto nas comunidades indígenas é vivenciado como um fenômeno natural, podendo assumir diferentes desdobramentos, a depender dos costumes e crenças de cada sociedade, o que permite elaborar distintos significados para o mesmo fenômeno natural. Assim, a identidade social e cultural é socialmente construída.

Ao analisar a categoria gênero, Santos (2010, p.60) revela que:

[...] o padrão de dominação masculina tem contribuído para a reprodução de estereótipos do papel secundário e marginal da mulher na sociedade. Os modelos tradicionais de relações de gênero colocaram as mulheres no papel de frágil e submissa, e os homens de sexo forte, dominador e viril. É o domínio masculino que prevalece no

campo do discurso, da linguagem e na determinação das formas de estar e ser mulher.

Nessa perspectiva, a sociedade legitimou um modelo de comportamento para o homem, e outro para a mulher, onde o “ser homem” é aquele que tem características próprias, tais como agressividade, competitividade, busca do sucesso e do poder. Por outro lado, o feminino é representado por características que reforçam a “fragilidade”, “docilidade” “singeleza” e “dependência”.

A pesquisadora Helena Hirata dedicou-se também aos estudos sobre análise de fenômenos sociais sob a perspectiva de gênero, desvelando a invisibilidade da mulher no mercado de trabalho, na política, na ciência e em outras áreas. Na obra “Dicionário Crítico do Feminismo” (2009), Hirata traz à tona a discussão sobre as relações de sexo e de gênero, como elementos básicos de uma teoria feminista através de questionamentos sobre a visão masculina de mundo presente nas representações dos objetos, das palavras, das ideias e pensamentos, confirmando que os temas não são constituídos de maneira neutra e involuntária, mas, pautados no paradigma da dominação masculina.

A virilidade [...] é aprendida e imposta aos meninos pelo grupo dos homens durante sua socialização, para que eles se distingam hierarquicamente das mulheres. A virilidade é a expressão coletiva e individualizada da dominação masculina (HIRATA, 2009, p. 101-102).

Essa perspectiva expõe a visão androcêntrica de sociedade e traduz o pensamento a respeito da forma como os meninos são educados por outros homens contribui para a violência e a dominação masculina.

Por muito tempo a determinação por dirigir a vida das mulheres pelos homens naturalizou e segregou as mulheres nos espaços privados, doméstico, a casa, onde se dão as atividades biológicas: comer, dormir, procriar. O mundo da mulher, então, passa a ser onde ocorre a gestão da natureza, excluída da vida pública, o espaço masculino, da assembleia, do diálogo e das trocas (BOURDIEU 1999, p. 149, 152), reforçando assim a invisibilidade da mulher na história social e contribuindo para a sua exclusão política¹⁸.

¹⁸ Após três séculos de proclamada a Revolução Francesa, as mulheres ainda enfrentam desafios para garantir seu direito à cidadania. Somente no final do século XIX e início do século XX alguns países garantiram o sufrágio feminino. As neozelandesas passaram a ter direito ao voto em 1893, seguidas pelas australianas em 1902, as finlandesas em 1906, norueguesas em 1913, as inglesas conquistaram o direito em 1918, logo após as russas em 1917, com a Revolução Comunista, na Alemanha em 1918, e Estados Unidos em 1920. No Brasil, só após intensas lutas, como a da pioneira Celina Viana em 1928, que exigiu seu direito de votar, baseada

A ideologia patriarcal dominante considera a sociedade como um espaço masculino a partir de uma visão heteronormativa¹⁹.

As falas dos profissionais durante a entrevista coadunam com o pensamento de Saffioti e revelam uma concepção de gênero ligada ao resultado de construções sociais e históricas que foram apreendidas ao longo da formação das sociedades ocidentais. No que se refere aos papéis masculinos e femininos, obtive as seguintes respostas:

[...] na verdade, vai muito de cada mulher, se ela achar que é capaz de fazer, mesmo que seja um serviço que demande um esforço físico maior, se ela se vê naquela profissão, ou atividade, não há como questionar sobre sua capacidade (Tulipa).

[...] depende do que ela acha que é capaz e que tem vontade de fazer (Lavanda).

Acredito que é uma questão histórica, porque desde o começo se tinha questões de visão, profissão de mulher, profissão de homem, mas de um tempo pra cá vem se modificando [...] tenho colegas de turma que hoje são profissionais bem-conceituados (Verbena).

Segundo Mathieu (2009), a sociedade sobrevaloriza a diferenciação biológica centrada na definição dos sexos, masculino ou feminino, o que a autora chamou de “tipo”, “gênero”, e estabelece a cada um funções diferentes e hierarquizadas, o gênero feminino é imposto à fêmea para que se torne uma mulher e o gênero masculino ao macho para que se torne um homem social. Para a autora, há uma imposição de comportamento derivado de costumes e crenças que historicamente são observados e apreendidos como verdades absolutas e se manifestam materialmente em duas áreas fundamentais:

1) na divisão sociosexual do trabalho e dos meios de produção, 2) na organização social do trabalho de procriação, em que as capacidades reprodutivas das mulheres são transformadas e mais frequentemente exacerbadas por diversas intervenções sociais (MATHIEU, 2009, p. 223).

na legislação brasileira que a considerava autossuficiente, e estendido as demais somente em 1934. (FERREIRA, 2019).

¹⁹ Por heteronormatividade, entende-se “a reprodução de práticas, e códigos heterossexuais, sustentada pelo casamento monogâmico, amor romântico, fidelidade conjugal, constituição de família (esquema pai-mãe-filho(a)(s)). Na esteira das implicações da aludida palavra, tem-se ao heterossexismo compulsório, sendo que, por esse último termo, entende-se o imperativo inquestionado e inquestionável por parte de todos os membros da sociedade com o intuito de reforçar ou dar legitimidade às práticas heterossexuais”. (FOSTER, 2001, p.19).

A autora ainda cita outros aspectos, como a diferença entre as vestimentas, comportamentos e atitudes físicas e psicológicas, além de acesso a recursos materiais como diferenciação social elementar.

O pensamento de Judite Butler contribui para esta reconstrução teórica, principalmente por trazer um contraponto aos fundamentos do Movimento Feminista sobre a identidade de gênero. A autora questiona a existência de uma única identidade, mas, identidades, no plural, e aponta que estas não devem ser fixas.

Em sua obra “Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade” (2003), a autora discute a questão do feminismo e propõe uma reflexão filosófica sobre categorias como gênero, sexo e desejo. Busca uma reinterpretação de gênero a partir do conceito de performatividade, ou seja, o que é dito sobre algo. Refutando a interpretação padrão entre sexo e gênero como alocações da lógica do feminino como identidade fixa oposta ao masculino.

A noção binária sobre masculino e feminino, segundo Butler, descaracteriza outros fatores como classe, raça e etnia, assim como outros eixos de poder que constitui nossa identidade, que considera como sendo plural. Romper com a lógica binária seria o caminho para nos distanciarmos da relação de domínio normativo.

Parafraseando Simone de Beauvoir (1970) “não se nasce mulher, torna-se mulher”, Butler (2003) afirma que para tornar-se mulher, parte-se daquilo que é dito sobre mulher, como deve ser uma mulher. Há uma variedade de representações, comportamentos, atitudes e até regras de como deve ser uma mulher para atender a uma expectativa de uma determinada sociedade em um contexto particular.

Tornar-se mulher nesse caso é decorrência de uma compulsão cultural que considera que nem sempre o corpo é uma situação. Posto que “mulher é um termo em processo, um devir que não se pode afirmar que tenha uma origem ou um fim” (BUTLER, 2003, p. 27).

A autora se dedica a estudar as normas estabelecidas para questões de gênero e a naturalização dessas normas. Desenvolve a ideia de gênero como ato performativo e revela que há uma multiplicidade de atos e formas de ser e existir paralelas as proposições normatizadoras.

Para autora, gênero é uma “performance”, é aquilo que nós fazemos, que nós performamos, um agir, um ser, que se transforma ao longo da vida. Entender isso é um começo de mudança na direção de um mundo onde nos ocupemos da vida em sua plenitude e não da sua negação.

Para Joan Scott (1989), o termo gênero constitui um esforço das feministas contemporâneas para reivindicar certo campo de definição, uma via teórica própria, e ao mesmo tempo estabelece uma crítica ao caráter inadequado das teorias explicativas sobre desigualdades entre mulheres e homens.

A autora lembra que a maioria das abordagens de historiadores e historiadoras utilizava a categoria de duas formas: uma essencialmente descritiva, sem interpretação ou explicação de causalidade, e outra abordagem de uso, de ordem causal, que busca compreender como e porque a natureza dos fenômenos se dá de determinada forma. Há ainda a utilização como sinônimo de mulher, considerando seu sentido mais amplo e que se dissocia da conotação política, feminista.

Scott destaca a existência de um debate teórico entre aqueles que defendem a ideia de que qualquer realidade é interpretada ou construída e aqueles que defendem que o “homem é o senhor racional do seu próprio destino” (SCOTT, 1989, p.20).

Essa assertiva foi sempre negada pelas feministas que criaram um espaço para esse debate no final do século XX e encontraram aliados cientistas e políticos, contribuindo para criar novas formas de compreender as mulheres e entender como foram produzidos seus processos de subordinação.

Scott acredita que é nesse espaço que nós devemos articular o gênero como uma categoria de análise, e propõe uma definição baseada na conexão integral entre duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (SCOTT, 1989, p. 21).

Com esta definição da categoria gênero, como um modo primeiro de significar as relações de poder, a autora sugere uma inovação histórica a partir da emergência de novas perspectivas e redefinição de antigas questões, que permitirá maior visibilidade das mulheres enquanto participantes ativas nesse movimento histórico de mudança.

Além do mais, para Scott, esse movimento abre possibilidades para a reflexão sobre as estratégias políticas feministas atuais e para o futuro, que a autora chama de utópico, o qual pressupõe que a análise de gênero deve ter uma sintonia com “a visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também a classe e a raça” (SCOTT, 1995, p. 93).

Dessa forma, entendo que a categoria gênero abrange as relações sociais construídas historicamente e que papéis, comportamentos, e funções que cada indivíduo deverá desempenhar dentro da sociedade não são determinados a partir do sexo biológico, mas a partir de determinações que não são intrínsecas de cada sexo, mas criadas culturalmente pela sociedade a qual o indivíduo faz parte.

Para Joan Scott (1995), o termo “gênero” constitui uma categoria de análise histórica útil, não para responder questões, mas um modo de fazer perguntas, pensar criticamente sobre como corpos sexuados são apreendidos, como são criados e sobrevivem.

Surgiu entre as feministas americanas, em contraposição a dicotomia natureza e cultura, com propósito de enfatizar o caráter social das distinções baseadas no sexo e uma recusa quanto ao determinismo biológico decorrente dos termos “sexo” ou “diferença sexual”.

Para as feministas, segundo a autora, o termo "gênero" é utilizado para destacar as definições normativas da feminilidade que eram apresentadas em estudos por pesquisadoras preocupadas com produções que centravam seus estudos nas mulheres e utilizavam “gênero” para garantir uma conotação relacional. Segundo esta visão, mulheres e homens eram definidos em termos recíprocos e não poderiam ser apreendidos de modo separado (SCOTT, 1995, p. 72).

Além disso, destaca a autora,

[...] “gênero” era um termo proposto por aquelas que sustentavam que a pesquisa sobre as mulheres transformaria fundamentalmente os paradigmas disciplinares. As pesquisadoras feministas assinalaram desde o início que o estudo das mulheres não acrescentaria somente novos temas, mas que iria igualmente impor um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente (SCOTT, 1995, p. 73).

Nesse sentido, Scott (1995) enfatiza que os estudos elaborados por historiadoras que tinham a pretensão de “inscrever as mulheres na história”

necessariamente deveriam incluir tanto a experiência pessoal e subjetiva quanto as atividades públicas e políticas e que essa metodologia implicaria não apenas em uma nova história das mulheres, mas uma nova história que incluísse o gênero como uma categoria de análise e ainda, a classe e a raça, como cruciais para a escrita desse outro enredo.

A autora destaca que não há um equivalente entre estas três categorias. No que se refere a categoria “classe”, tem seus fundamentos na teoria marxista e seus desdobramentos histórico-dialéticos sobre a determinação econômica, já “raça” e “gênero”, a autora reafirma que não existe nenhuma clareza e que no caso do gênero é usado tanto para definições teóricas quanto para simples referências descritivas sobre relações entre os sexos.

Em sua obra, a autora ainda destaca que os(as) historiadores(as) na busca por provar a participação das mulheres nas principais revoluções no Ocidente se depararam com reações de pesquisadores que pouco se interessavam por essa participação na história.

Por conseguinte, as análises e sistematizações foram atribuídas como de responsabilidade das feministas, que apesar do reconhecimento, implicou em reações de indiferença.

Ou seja, os pesquisadores não manifestaram nenhuma alteração pelo fato de as mulheres terem participado ou não das revoluções, sua compreensão sobre determinado fato não mudou. O que para autora exige não apenas uma análise da experiência masculina ou feminina na história, mas uma conexão entre a história passada, e de como atualmente se dá essa análise.

O que se tem mais recentemente, segundo a autora, é a utilização do termo “gênero” como sinônimo de “mulheres”. O uso deste termo visa obter o reconhecimento desse campo de pesquisa, sugerir uma conotação mais objetiva e neutra de “mulheres” e se ajustar à terminologia científica das ciências sociais, além de dissociá-lo do feminismo, que seria um aspecto mais político.

Scott (1995), considera que a utilização do termo “gênero”, nessa conotação, não está associada ao posicionamento sobre as relações desiguais de poder ou evidenciar a parte subalternizada, mas, pôr fim a dúvida acerca da legitimação acadêmica dos estudos feministas nos anos de 1980.

Dito isso, cabe enfatizar que os estudos feministas são permeados pela dimensão política e que esta característica não o desqualifica. Não significa que

os estudos são inconsistentes, uma vez que a conotação política que se adota está relacionada a ideia de participação, de democracia, bem como de considerar as mulheres como sujeito.

Tratar de gênero, em si, já é uma questão política. É uma compreensão ético-político e filosófica. Além disso, deve-se levar em consideração cada contexto em que os estudos foram produzidos.

Um outro aspecto evidenciado pela autora, além de substituto do termo “mulheres”, gênero é utilizado para enfatizar que o estudo sobre as mulheres implica estudar de forma relacional, uma vez que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens. Nessa perspectiva não cabe interpretações de esferas separadas ou maneiras isoladas de estudar as mulheres, senão a partir das relações sociais entre os sexos, e não explicações biológicas para subordinação feminina.

Por outro lado, Scott (1995), afirma que o termo “gênero”,

[...] torna-se uma forma de indicar "construções culturais" - a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. "Gênero" é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995, p. 75).

Os estudos sobre a análise do gênero desenvolvidos por historiadores(as) feministas podem ser resumidas por Scott (1995) em três perspectivas teóricas.

A primeira, a partir de uma abordagem feminista, busca explicação nas origens do patriarcado, concentrando sua atenção na subordinação das mulheres, na necessidade masculina de dominá-las. Para esta perspectiva, a reprodução é considerada a chave do patriarcado. A segunda, de tradição marxista, cuja análise é baseada na crítica feminista, sua investigação parte da sexualidade como o que há de mais particular no sujeito²⁰. A terceira, fundamenta-se em diferentes escolas de psicanálise para explicar a produção e reprodução da identidade de gênero do sujeito.

A autora segue afirmando que a categoria “gênero” é mais recente que a elaboração das teorias que fundamentam os estudos feministas sobre a

²⁰ “A sexualidade é o que mais pertence a mulher e lhe é subtraído, através da objetivação sexual enquanto processo primário de sujeição da mulher”. (SCOTT, 1995, p. 77).

reconstrução do gênero enquanto categoria analítica, o que poderia justificar a dificuldade que as feministas contemporâneas tiveram para incluir o termo às abordagens teóricas existentes sobre gênero:

Ela está ausente das principais abordagens de teoria social formuladas desde o século XVIII até o começo do século XX. De fato, algumas destas teorias construíram sua lógica a partir das analogias com a oposição entre masculino/feminino, outras reconheceram uma "questão feminina", outras ainda se preocuparam com a formulação da identidade sexual subjetiva, mas o gênero, como uma forma de falar sobre sistemas de relações sociais ou sexuais não tinha aparecido (SCOTT, 1995, p. 85).

Como vimos o termo "gênero" foi criado na segunda metade do século XX, momento de grande efervescência no campo da pesquisa na área social, incluindo a discussão sobre a crise dos paradigmas científicos entre aqueles que explicam que a realidade é dada e aqueles que adotam como análise a interpretação histórica de que toda realidade é construída.

Nesse debate, as feministas encontraram aliados cientistas e políticos, contribuindo para se criar novas formas de articular o gênero enquanto categoria analítica.

E dentre as explicações na busca de compreender o lugar da mulher na vida social, tem-se o conceito de poder de Michel Foucault, (1980) "entendido como constelações dispersas de relações desiguais, discursivamente constituídas em campos de força sociais", para então opinar acerca de sua definição sobre gênero a partir de duas proposições: "o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder" (SCOTT, 1995, p. 86).

A primeira proposição se refere a gênero como elemento constitutivo das relações sociais baseada nas diferenças entre os sexos. Scott (1995), afirma a necessidade de 4 elementos interrelacionados:

A religião de tradição cristã ocidental, baseada em representações simbólicas e contraditórias sobre a mulher (Eva e Maria), qualificando-as como a pecadora e a virtuosa, modelos que personificam o comportamento de mulheres. De acordo com a religião judaico cristã, ao relacionar a mulher à Eva, associa a imagem da mulher a inferioridade, insubordinação e ao pecado original, e quanto à Maria, remete ao ideal de amor materno, destituída de sexualidade.

O segundo elemento trata dos conceitos normativos positivados, que por sua vez partem das doutrinas religiosa, educativa, jurídica, científica ou política, fundamentadas no pensamento binário entre masculino e feminino.

O terceiro elemento constitui no desafio de superação, pela pesquisa, sobre a permanente representação binária do gênero.

Por fim, o quarto aspecto do gênero consiste na identidade subjetiva de gênero em contraposição as identidades generificadas²¹.

Para a autora, cada um desses quatro elementos não pode operar de maneira isolada sem uma interação com os demais. No entanto, ela enfatiza que essa interação não se dá de forma simultânea e que é importante que os/as historiadores/as investiguem as relações entre esses quatro aspectos, assim como, nenhum dentre eles pode operar sem os outros.

O esboço proposto pela autora sobre o processo de construção das relações de gênero poderia ser utilizado para examinar qualquer outro processo social e cita a classe, a raça e etnia. Destaca que seu objetivo foi tornar mais claro como se deve entender os efeitos dos gêneros nas relações sociais, uma vez que nem sempre são analisados de maneira sistemática (SCOTT, 1995, p. 88).

Quanto a segunda proposição, “o gênero é uma forma primária de significar às relações de poder”, relativa à teorização do gênero. A autora afirma que gênero constitui um meio pelo qual o poder é articulado, que apesar de não ser o único meio, mas foi a forma utilizada no ocidente para dá significado ao poder baseado na herança cultural judaico-cristã.

Nesse sentido, gênero, raça e classe vêm assumindo destaque nas relações sociais como um recurso que o Estado lança mão para organização da igualdade e da desigualdade e dessa forma favorece estruturas hierárquicas de exploração e dominação. Não obstante, a partir de uma perspectiva de controle, legitimado pelos sujeitos sociais que reconhecem a autoridade central e o poder dominante como masculino, branco, rico e heterossexual.

²¹ Por identidades generificadas entende-se a polarização entre masculino e feminino ainda muito recorrente como objeto de intensa atenção e tematização na contemporaneidade. Segundo a qual homens e mulheres continuam a ser diferenciados em razão da sua anátomo-fisiologia. Atribuem ao cérebro sexuado a responsabilidade pela conduta social, psicológica e moral (FABRÍCIO, 2004 p. 236).

2.3 O masculino como expressão de poder e dominação

Ao iniciar este item observo, com base em estudos publicados, a conformação dos fenômenos sociais sob uma concepção masculina, falocêntrica e processos hegemonicamente dirigidos por homens que afirmam uma hierarquia entre os sexos que corroboram a exclusão das mulheres no campo político e dos mecanismos de poder.

Assim, tanto a negação sobre a importância da mulher no processo produtivo, quanto a sua afirmação, segundo esta perspectiva, tem como principal função atender as necessidades sexuais dos homens; em outras palavras, satisfazer seus desejos sexuais é a única coisa em que os homens dependem da mulher. Essa afirmação se fundamenta na “visão patriarcal e de nulidade atribuída por *Rousseau* às mulheres” (FERREIRA, 2019 p.19).

Associada à dominação masculina ao poder, a produção científica tradicionalmente esteve a cargo de pesquisadores homens, uma vez que a história predominantemente foi lida pelas lentes masculinas. Ou seja, o homem é utilizado como base para todas as coisas, pressupondo um poder simbólico, que se refere a significados, que dão ao homem a condição de sujeito. Está relacionado às nossas estruturas de pensamento, aquilo que acreditamos se encontra sedimentado na sociedade, naturalizado.

Essas estruturas, possuem origem, e a dominação masculina deriva desse marco, sendo considerada uma expressão da “violência simbólica”, “velada”, pois se apresenta de forma implícita, imperceptível. Ela está relacionada à maneira como nós concebemos o mundo e termina por legitimar as práticas que expressam significados como lógico, natural, obtendo adesão sem necessariamente o empreendimento da força. (BEAUVOIR 1990; BOURDIEU, 2014).

Dessa forma, a ordem social legitima a dominação masculina enquanto um poder que se dissemina por toda parte e é exercido com a cumplicidade daqueles que ignoram a sua sujeição a tal ponto que acabam por perpetuar essa condição, considerando legítima a desigualdade entre homens e mulheres, que julga as mulheres como incapazes de ocupar certos cargos, terem salários iguais

aos dos homens quando exercem a mesma função. Trata-se de um poder de construção da realidade, entendido como expressão da violência de gênero.

Essa concepção se baseia em experiências vivenciadas por sociedades arcaicas, onde pouco ou nenhum valor era atribuído às mulheres, as quais tinham seu comportamento sexual regulado pelo Estado e eram classificadas em respeitáveis e não respeitáveis. De acordo com os códigos de lei babilônicos que datam de muitos séculos a.C. como a Lei Médio-Assíria,

A LMA § 40 institucionaliza uma ordem de classificação para mulheres: no topo, a dama casada ou sua filha solteira; abaixo dela, mas ainda entre as respeitáveis, a concubina casada, seja escrava, nascida livre ou prostituta de templo; na base, sem dúvida marcadas como não respeitáveis, a prostituta de templo não casada, a meretriz e a mulher escrava (LERNER, 2019, p. 239).

Esta classificação expõe a condição de subalternidade da mulher. Até mesmo aquelas que são consideradas “respeitáveis” encontram-se em situação de subordinação, uma vez que necessitam da proteção do homem, seja o marido ou pai, para não serem discriminadas e rebaixadas de *status* social. Nos revela ainda, o que podemos considerar como primeira expressão da divisão de classe social, onde quanto mais baixa a classe mais excluídas e expostas à violência estão as mulheres.

No entanto, compreendo que a violência de gênero contra mulher atinge a todas, independente de classe social, raça/etnia e geração. Contudo, as mulheres negras historicamente estão mais vulneráveis, devido aos processos de exclusão que foram submetidas. O que se confirma na pesquisa, quanto ao perfil das mulheres atendidas nas situações de violência sexual, em sua maioria são:

Mulheres pretas e pardas, com poder aquisitivo mais baixo, residentes em bairros periféricos da zona urbana de São Luís, com alguns casos da zona rural, mas a maioria da classe baixa (Vitória-régia).

São pessoas de origem bem humilde, negras, muitas não são alfabetizadas (Verbena).

Tem muita criança e adolescente, mulheres adultas e até idosas. São pessoas, pelo que eu observo, que têm pouco ou nenhum acesso à informação (Lavanda).

[...] de classe alta também, já atendi uma menina, acompanhada por sua responsável, que informou que ela estudava em escola particular daqui de São Luís (Violenta).

De todas as classes, inclusive da classe média. [...] e aí eu percebi que ela tinha um pouco de condição, jovem de 16, 17 anos, menina muito bonita por sinal (Hortência).

Além da divisão de classe e exclusão, a visão de subalternidade da mulher contribuiu posteriormente para a emergência e fortalecimento do patriarcado no mundo capitalista ocidental.

A sociedade de classes, [...] começou com a dominância dos homens sobre as mulheres e evoluiu para a dominância de alguns homens sobre outros homens e todas as mulheres. Assim, o próprio processo de formação de classes incorporou uma condição preexistente de dominância masculina sobre as mulheres e marginalizou as mulheres na formação dos sistemas de símbolos (LERNER, 2019 p. 332).

Ao se referir a conformação da sociedade sob uma concepção de dominação masculina, a autora lembra, entretanto, que os mais antigos sistemas de símbolos religiosos e metafísicos já reconheceram o poder centrado na mulher quanto a criação do universo e a existência de deusas da fertilidade que eram reverenciadas pelo poder da procriação e que o redirecionamento do poder ao homem foi constituído a partir da institucionalização do monoteísmo judaico e o cristianismo. O que se conhece atualmente como o poder da criação pela força da vontade de Deus.

Assim, os símbolos religiosos, segundo a crítica Lerner (2019) asseveram que Deus criou o homem e a mulher de materiais diferentes. O homem originado do barro e a mulher de sua costela, ambos com relevância e tornados seres viventes a partir do sopro divino. Contudo, apenas ao homem foi dado o poder da criatividade, de nomear todas os seres criados por Deus, cada animal, incluindo a mulher.

Posteriormente, segundo as escrituras sagradas, Deus fez um pacto com os homens através da circuncisão. De forma simbólica estabelece que a mediação com Deus deveria ser feita através dos homens, excluindo a participação das mulheres do sacerdócio e do acesso à leitura e interpretação das escrituras. A simbologia também apresenta a benção dada a semente do homem e ao ventre da mulher, a qual passivamente a receberia (LERNER, 2019).

Dessa maneira, segundo a autora, a história passou a ser interpretada a partir da vontade de Deus que criou o homem e estabeleceu que a participação da mulher na procriação só é possível pela mediação deste. Por fim, o sistema simbólico conferiu à sexualidade da mulher a fraqueza humana e a responsabilidade pela origem do mal.

Com o desenvolvimento das civilizações e o aprimoramento do conhecimento, houve a separação entre a interpretação da história e o pensamento religioso, a ciência e a filosofia. Contudo, a elaboração da interpretação histórica dos acontecimentos sociais ainda é um produto masculino (SCOTT, 1995; LERNER, 2019).

Desse modo, a crítica feminista revela que há uma atualização do patriarcado na sociedade contemporânea. No dizer de Pateman (1993, p.16):

[...] A liberdade do homem e a sujeição da mulher derivam do contrato original e o sentido de liberdade civil não pode ser compreendido sem a metade perdida da história, que revela como o direito patriarcal dos homens sobre as mulheres é criado pelo contrato.

Sua análise parte da ideia de que, para compreender a posição do contrato no pensamento liberal, é necessário investigar simultaneamente o contrato social, o que coloca o contrato de trabalho na mesma dimensão que o contrato de casamento, cujas relações de sujeição imputa às mulheres posições subalternas. A autora busca entender qual é o papel que a sujeição das mulheres aos homens desempenha no contrato social.

A crítica feita ao contrato de trabalho a partir da tradição marxista centra-se nos mecanismos da exploração expressos na Mais-valia. Ou seja, o trabalhador vende sua força de trabalho, que é uma mercadoria especial, pois ela gera mais riqueza que a necessária para ele se reproduzir.

Pateman (1993) destaca que além da exploração, há outro aspecto que é negligenciado: a subordinação presente no contrato. Tanto no contrato de trabalho como no contrato de casamento. Afirma que é estabelecida uma hierarquia pela qual um dos contratantes (patrão ou marido) exerce sobre o outro (trabalhadora/or ou mulher), necessária para que ocorra a exploração.

O contrato permite a legitimação das relações interpessoais de subordinação, pois está baseado no individualismo possessivo. Assim, segundo

a autora, a mulher ou o(a) trabalhador(a) renunciam a sua autonomia por acreditarem que são proprietários de si mesmos e podem alienar direitos como se alienam propriedades externas. Para ela, não são decisões livres, mas são frutos de imposições materiais e simbólicas e da ausência de alternativas.

As críticas realizadas à constituição histórica da sociedade patriarcal por Pateman (1993) compreendem que a história do contrato sexual também trata do surgimento do direito político, que se vincula a ideia de um direito patriarcal. Enquanto na teoria do contrato social se convencionou a perceber a história sobre a liberdade universal da sociedade civil; o contrato sexual se pautou na história de sujeição, uma atualização da ideologia do patriarcado. A dominação dos homens sobre as mulheres até os dias atuais.

O tema da dominação masculina é abordado por Collin (2009) a partir das teorias que discutem as “relações dos sexos”, ou “diferenças do sexo” adotadas por pesquisadoras feministas.

O pensamento feminista classificou três grandes correntes teóricas de análise: Universalismo, Diferencialismo e Pós-modernismo. Todas elas têm em comum a hipótese do caráter transformador das relações entre os sexos. E para a autora a questão central é saber em que medida uma forma de diferença sexual é mantida ou abolida numa sociedade ou constitui um fator para sua redefinição.

De acordo com Collin (2009), a perspectiva universalista se baseia na afirmação de que todos os seres humanos têm valor equivalente, independentemente das diferenças físicas, raciais ou sexo. A teoria não admite a existência de sexos, mas *classes de sexo*, e cada ser humano é um sujeito autônomo, igual aos outros sujeitos que compartilham uma mesma razão.

Segundo a autora, o que aparece como próprio da mulher é produto da sociedade. Muito antes do nascimento é construído um ideal às mulheres ou aos homens, desde a escolha do enxoval para menina ou menino, modos de vestir e comportar-se. A autora afirma que a razão não tem sexo, muito menos corpo, e que se o tem este transcende sua aparência. O “homem” em referência significa ser humano sem restrições (COLLIN, 2009, p. 62-63).

A perspectiva se fundamenta no sistema patriarcal, e de acordo com seus interesses a dominação masculina é vista como natural, prevalecendo o poder de decisão dos homens, onde as mulheres são subjugadas e têm sua vida

pública e seu comportamento sexual controlados por eles. Nessa visão os valores exaltados são a fertilidade na mulher e a virilidade do homem.

Além do mais, o patriarcado mantém e sustenta a dominação masculina através de ideologias que nos fazem acreditar na inferioridade da mulher e secundarizar a sua participação nas relações de produção e reprodução social. O patriarcado cria o trabalho doméstico e a ideia de que a sua realização é algo intuitivo e natural da mulher, portanto, não deve ser remunerado ou sequer reconhecido como trabalho.

Segundo Lerner (2019), o patriarcado é operado com a cooperação das mulheres através da doutrinação, da falta de acesso à educação, aos espaços de poder e decisão, e aos recursos econômicos que lhes garantiriam uma certa autonomia, e pela atitude de mulheres que se conformam devido aos privilégios de classe a elas conferidos.

A anuência da mulher é para Erika Apfelbaum (2009) o componente decisivo da dominação. Para Lerner (2009), as suposições androcêntricas admitiam a dominação masculina como um fato:

Tradicionalistas, seja trabalhando sob uma óptica religiosa ou “científica”, consideraram a submissão das mulheres como algo universal, determinado por Deus ou natural, portanto, imutável. Assim, algo que não precisava ser questionado. O que permaneceu, permaneceu por ser o melhor; conseqüentemente, deve continuar assim (LERNER, 2009 p, 52).

Sobre esta questão os profissionais participantes da pesquisa têm as seguintes percepções:

Eu acho que na cultura do homem, que parece ser hegemônica, ele pensa que tem domínio sobre as mulheres, que pode mandar e quando há um confronto, quando este pensamento se encontra ameaçado, a mulher quer se impor, se expressar, ele utiliza de formas para persuadir, incluindo a violência. Ele não aceita que não está no comando. Infelizmente ainda há muitas mulheres que aceitam esta condição. Graças a Deus que já estamos acordando para outra realidade. Isso está mudando (Azaleia).

Dominação masculina, eu acredito que seja um poder exercido pelo homem sobre a mulher. Não necessariamente marido e mulher, mas em relações de ambiente de trabalho, em casa, paternal também. Acho que é cultural, que vem de muitos anos. Um poder que foi dado ao

homem. Que vem aos poucos mudando, mas que tem bastante. Eu acredito que seja algo bem cultural, mesmo. (Hortência).

Para Collin (2009) a perspectiva diferencialista afirma a existência de “dois sexos” na mesma humanidade e que a possibilidade de haver igualdade entre os sexos não corresponde a ter acesso a uma identidade. Sua crítica se baseia no modo como a dominação masculina se apropriou do universal. No Diferencialismo a dominação desaparece, abrindo espaço para um mundo plural, composto pelas duas formas sexuadas da humanidade, conforme explanação da autora:

Desde então, a aparição das mulheres seria a aparição de uma alternativa à organização das relações humanas, definida, até o presente, pelos homens e culminando na ordem do domínio, própria à modernidade ocidental. Às vezes, as teóricas dessa corrente vão ao ponto de pensar que esses dois registros sexuados da humanidade deveriam poder constituir duas formas de organização não mais hierarquizadas, mas iguais e paralelas, dentro de um mesmo mundo. Existe o “dois” ou, mais precisamente, existe o “uno” e o não “uno” (COLLIN, 2009, p.64).

Essa ideia foi defendida por teóricas feministas que se posicionam de maneira crítica sobre a psicanálise no que concerne a simbologia fálica, uma vez que de acordo com a perspectiva não se trata de as mulheres terem interesse pelo falo, mas pelos privilégios destinados aos homens²². Uma mulher comparada ao seu irmão vai expressar vários níveis de liberdade e oportunidade distintas.

Por fim, destaco o pensamento Pós-modernismo, também denominado de Queer ou Desconstrucionismo, que defende a dualidade dos sexos em contraposição à modernidade ocidental baseada na dominação do homem sobre a mulher e na lógica binária das oposições, identificada com o reinado da virilidade (ibidem, p. 64).

O “feminino”, como categoria e não como marca de um dos dois sexos, é extorsão à lógica binária das oposições, emergência de uma “verdade de terceiro gênero” que recusa a alternativa da exclusão “ou, ou”, em prol da inclusão “e, e”. Esse feminino pode ser assumido

²² Na perspectiva de Freud, não é o órgão genital masculino que é sustentado como o elemento organizador da sexualidade humana, mas a representação psíquica imaginária e simbólica construída a partir dessa região corporal do homem. [...] É inevitável que a partir do anatômico, do discurso do Outro se define: “é menino” ou “é menina”, ou seja, é a partir de um significante, do universal do falo que a diferença é estabelecida. O que está em jogo é a presença ou ausência. [...] “Menino” é o portador do pênis e da virilidade. “Menina” é sinônimo de falta, feminilidade e enigma. Isso implica que os dois sexos se inscrevem a partir do significante fálico por meio do binário - falo/castração (BOMFIM, 2014).

indiferentemente por homens e mulheres, pois transcende a alternativa dual do sex e do gender (COLLIN, 2009 p. 65).

Butler (2003) corrobora com esse pensamento. Para a autora, o problema é perceber o feminismo como uma instância universal, de lutas comuns, e considerar que a ideia de identidade das mulheres é a mesma nas diferentes culturas e estruturas políticas. Para Butler, é importante romper com a noção binária e ontologicamente construída de masculino e feminino que só reforça a ideia de normatividade masculina, que defende a perspectiva feminina como uma oposição.

Outro ponto a destacar, é a ordem compulsória que distingue e define os termos sexo, gênero e desejo. Comumente se utiliza a expressão sexo como aspecto biológico, gênero como uma construção cultural e desejo aparece como uma instância relacional entre os dois sentidos. O principal motivo para esse entendimento de acordo com Saffioti (2004) é porque vivemos em uma sociedade que privilegia o masculino.

Ainda sobre dualidades, Butler afirma que não existe algo razoável para que os gêneros permaneçam em número de dois. A superação da lógica binária pode auxiliar na compreensão da vida em sociedade. Pensar sobre as pessoas e não mais sobre as unidades de experiências que comportam a pretensa busca por uma identidade. Assim, o gênero, segundo Butler, se insere não como identidade, mas como uma performatividade construída.

As perspectivas teóricas expostas são entendidas como posições que as mulheres podem lançar mão para a definição de escolhas políticas, fazendo com que tenham acesso a estruturas inalteradas e compartilhadas por décadas ou reformulá-las a partir de dois sexos ou vários. A “lógica dos opostos”, para Collin (2009), não deve ser a única diferença entre o Universalismo, Diferencialismo e Pós-modernismo para superação de desafios, avanço das mulheres e busca por sua liberdade.

Na sequência, reporto-me ao pensamento de Lerner (2019) sobre a formação da sociedade contemporânea sob bases remanescentes de sociedades arcaicas, onde as mulheres eram fortemente desprezadas e não lhe era reconhecido “valor algum”. Por outro lado, o homem sempre ocupou lugar na

hierarquia de classe, baseada na sua profissão ou no *status* social ocupado pelo seu pai.

A distinção entre as mulheres está baseada na sua relação com o homem que a proteja, além do seu comportamento sexual, que historicamente divide as mulheres entre as “respeitáveis e indecentes”. Este pensamento, ainda muito presente, cria privilégios limitados às mulheres que se encontram na primeira qualificação e contribui para divisão entre elas, separando umas das outras, impedindo a formação de alianças e da consciência feminista.

Dito isto, considero o poder patriarcal, a partir das teorias de Lerner, como pressuposto para construção de um pensamento sobre os determinantes que fundaram a dominação masculina.

Posto que, em sociedades contemporâneas, inclusive de capitalismo avançado, onde mulheres disputam espaços com os homens de maneira mais equilibrada, dispõem de certa autonomia em termos econômicos e possuem mais controle sobre suas vidas, as relações entre os sexos permanecem patriarcais.

Mesmo com as significativas mudanças no âmbito familiar, não são alteradas as relações de poder e dominação no espaço público, incluindo o Estado e as instituições públicas; pelo contrário, o patriarcado é ferramenta essencial para o controle utilizada por estas esferas. Portanto, a liberdade da mulher está condicionada a extensas transformações culturais para a superação do patriarcado.

2.4 O estupro como reflexo da objetivação da mulher e a negação de sua subjetividade

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estupro é definido como “todo ato sexual ou tentativa para obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção” (OMS, 2018).

Muitos casos de estupro são divulgados pela mídia, no Brasil e no mundo. Todavia, os dados apresentados não correspondem ao total de casos efetivamente ocorridos. Muitos não chegam ao conhecimento dos órgãos

responsáveis, principalmente quando ocorre contra crianças ou nas relações conjugais, no âmbito do espaço privado. O crime não é denunciado, corroborando para um conhecimento limitado sobre a prática do estupro (PAIVA; SABADELL, 2018).

O que nos faz crer que o espaço privado, ao contrário do que possa parecer, não se constitui um espaço seguro é, portanto, a primeira instância de controle e opressão da mulher. Entretanto, apesar de bastante comum, as relações parentais e conjugais são mais difíceis de serem consideradas como crimes pelo sistema jurídico, o que confirma o pensamento que no espaço privado tudo é permitido e se justifica, inclusive a violência (ARENDR, 2007).

Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2015, confirmam esta informação, apontando que apenas 35% dos crimes de estupro são reportados à polícia. Há uma subnotificação bastante elevada que pode estar associada a uma condescendência social. A vítima do crime de estupro não se sente segura para revelar o ocorrido até mesmo para pessoas mais próximas ou familiares, por entender que pode ser julgada, desacreditada ou humilhada. Pois, a sociedade com uma visão hegemônica de dominação masculina sempre busca justificativa para o injustificável.

Mesmo diante da imprecisão acerca dos dados relativos aos crimes de estupro, optei pela utilização dos dados de órgãos oficiais, tendo em vista uma aproximação com a problemática e a intenção de dá visibilidade ao fenômeno.

De acordo com o IPEA, que analisou a evolução das notificações de estupro no Brasil, com base no SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (MS), no período de 2011 a 2014, obtive os resultados demonstrados a seguir.

Sobre o perfil de vítimas: 69,9% eram crianças e adolescentes; e mais de 10,0% das pessoas agredidas possuíam alguma deficiência física e/ou mental. Quanto aos autores: 25,6% eram desconhecidos da vítima, 40,0% dos estupradores das crianças pertenciam ao círculo familiar próximo, incluindo pai, padrasto, tio, irmão e avô (IPEA, 2017).

Outros dados foram observados, o aumento da proporção de casos de estupro coletivo, que, em 2014 responderam por 15,8% do total de casos. Em 2018, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, foram registrados 49.497 casos de estupro em todo o país. Importante mencionar que desde 2009,

data da alteração no Código Penal, com a Lei n.º 12.015/2009, atos libidinosos e atentados violentos ao pudor também passaram a configurar crime de estupro.

Portanto, está claro que, o estupro pressupõe o não consentimento da vítima. Ademais, revela a objetivação e a destruição da integridade da mulher enquanto “ser social”. Saffioti (2004, p. 18-19) considera que:

[...] o abuso sexual, sobretudo incestuoso, deixa feridas na alma, que sangram, no início sem cessar, e, posteriormente, sempre que uma situação ou um fato lembre o abuso sofrido. A magnitude do trauma não guarda proporcionalidade com relação ao abuso sofrido. Feridas do corpo podem ser tratadas com êxito num grande número de casos. Feridas da alma podem, igualmente, ser tratadas. Todavia, as probabilidades de sucesso, em termos de cura, são muito reduzidas e, em grande parte dos casos, não se obtém nenhum êxito.

Sendo assim, o estupro não se refere a uma relação de afetividade ou intimidade, mas como já enfatizado, a uma relação desigual de poder que aduz a mulher à condição de objeto. É a coisificação da condição humana e a negação do seu desejo e do direito sobre seu próprio corpo.

Para Andrade (2018), ao enfatizar que o estupro é um instrumento de poder, destacou a existência sobre “mitos de estupro”,

Os mitos em torno do estupro promovem uma falsa noção da sua realidade e fazem com que se veja as sobreviventes como corresponsáveis, provocadoras ou que não resistiram de maneira suficiente. Igualmente, sugerem que falsas alegações de estupro são comuns, motivadas, sobretudo, por vingança ou arrependimento, que o estupro é um crime movido por paixão, que a sexualidade masculina é incontrolável e que estupro acontece somente entre estranhos (ANDRADE, 2018, p. 53-54).

Uma análise de Davis (2016) sobre o crescente número de casos de estupro nos EUA revelou a preocupante constatação de que “terrivelmente, poucas mulheres podem alegar não ter sido vítimas, pelo menos uma vez na vida, ou de uma tentativa de ataque sexual, ou de uma agressão consumada” (DAVIS, 2016, p. 194).

Em uma cultura de estupro a mulher é vista como objeto de prazer, enquanto os homens são tratados como sujeitos. A elas é reservado o dever de satisfazer os homens, sua existência está relacionada a necessidade dos homens. Nessa perspectiva, os corpos pertencem aos homens, são de propriedade do prazer masculino.

A teoria feminista sobre a cultura do estupro se desenvolveu nos Estados Unidos a partir da posição de pesquisadoras feministas ao argumentarem que esse ato é motivado pela necessidade do homem de dominar os outros e não está relacionado com o desejo sexual. A teoria que afirma que “todo estupro é um exercício de poder” ainda é aceita hoje por muitas estudiosas feministas radicais (CAMPOS *et al*, 2017, p.982).

Destarte, é um mecanismo de controle historicamente difundido e muito negligenciado, mantido por instituições patriarcais e relações sociais que reforçam a dominação masculina e a submissão feminina, disseminando padrões de comportamento às mulheres, que se assimilados por elas evitariam inclusive a prática do estupro, como não “andar desacompanhada”, não vestir roupas “ousadas”, evitar bebidas alcoólicas em festas. Inferindo que a mulher é culpada por ter sido estuprada.

A cultura do estupro também está associada à guerra, quando os homens são estimulados a estuprarem as mulheres para desmoralizar um grupo conquistado, com propósito de relacionar a sexualidade masculina à violência e o comportamento feminino à passividade e à submissão. No dizer de Lerner “aterroriza mulheres e as mantém subjugadas” (LERNER, 2019. p. 306).

No Brasil, o tema da cultura do estupro ganhou destaque a partir de 2016, após ampla divulgação pela mídia de diferentes casos de abuso, incluindo estupros coletivos como o caso de uma adolescente de 16 anos que foi violentada por 33 homens no Rio de Janeiro.

Situação que causou comoção na sociedade e grande repercussão nas redes sociais, além de debates e reflexões acadêmicas para além dos fatos em si. Desencadeou discussões sobre os motivos pelos quais os casos de estupro e violações de mulheres e meninas embora recorrentes, continuam sendo percebidos como fatalidades que se relacionam com descuidos e irresponsabilidades de quem sofreu os estupros, ou, ainda, como fruto de uma sexualidade desviante e criminosa de alguns homens (ENGEL, 2017, p.7).

Ao que parece, a visibilidade dada ao caso decorre, apesar de bárbaro, ao fato de ser um estupro coletivo. Entretanto, muitas mulheres são estupradas diariamente e parece não chamar tanta atenção.

Uma única mulher ser estuprada já seria motivo de indignação por parte da comunidade. A mesma mobilização frente ao episódio do estupro coletivo deveria ser com todas as demais mulheres que sofrem pelo mesmo motivo.

Em 2014, ocorreu o emblemático caso, envolvendo a deputada Maria do Rosário e o então deputado Jair Bolsonaro, em que ele disse que não a estupraria “porque ela não merecia”. Fato ocorrido enquanto ele discursava no plenário da Câmara Federal.

A despeito de toda falta de postura que esta personalidade possa representar, isso expressa um suposto poder que homens utilizam para agir de forma desrespeitosa e agressiva e neste caso cerceadora da fala e exercício do poder da deputada. No mais, ao verbalizar o pensamento sobre “quem merece ou não ser estuprada” reforça uma cultura do estupro, principalmente por se tratar de uma liderança política no país. A deputada entrou com uma ação civil de danos morais contra Bolsonaro e obteve decisão favorável em 2019, sendo este obrigado a pagar uma indenização de dez mil reais. (BOLSONARO, 2015).

O caso Mariana Ferrer evidencia a omissão do Estado, principalmente o tratamento jurídico conferido ao crime, ao absolverem, em primeira e segunda instância, em outubro de 2021, o empresário André Aranha, após ser acusado pelo crime de estupro ocorrido em 2018. Representa a impunidade para os agressores, beneficia quem deveria ser responsabilizado e culpabiliza a vítima.

Outro caso com grande repercussão na sociedade e que revela a tolerância do Estado frente a violência sexual contra mulheres, foi o envolvendo o médico Roger Abdelmassih, acusado por estupro em 2009 e condenado em 2010, crime praticado contra suas clientes, enquanto estavam sob efeitos de sedativos. Entretanto, não foi preso, devido a um habeas corpus do Superior Tribunal de Justiça (STJ) que dava a ele o direito de responder em liberdade. O agressor deixou o país (fugiu) e passou a morar no Paraguai, onde finalmente foi preso em 2014.

Ressalto ainda que é comum em casos de estupro os meios de comunicação de massa reforçarem essa cultura, onde as informações são repassadas através das mais variadas ferramentas de acesso (rádios, telejornais, redes sociais) de forma tendenciosa que destacam o comportamento da vítima como ponto central, pelo o fato de ter ingerido bebida alcoólica, estar sozinha a noite, situações completamente irrelevantes.

Somente com a Lei n.º 12.015 de 2009, como já mencionada, o crime de estupro passa a ter uma conotação de presunção absoluta de violência, até então o sistema jurídico se baseava na necessidade de ser comprovada a existência de violência ou grave ameaça, ou melhor, era a vítima que tinha que provar que houve dissenso.

Apesar dessa conquista, não surpreende a permanência da reprodução do discurso patriarcal nos casos levados a julgamento. A exemplo, o caso Mariana Ferrer já citado, cuja análise do processo pode estar permeada de questões valorativas, com interpretações de cunho moral em favorecimento do réu para flexibilização ou suspensão da pena. Ademais, considerando a busca de justificativas pela defesa, para o delito, baseada na análise moral da vítima, investigação do seu comportamento sexual, sob a perspectiva hegemônica da sociedade patriarcal e o olhar masculino sobre o significado (PAIVA; SABADELL, 2018).

O fenômeno da violência sexual contra a mulher nos aponta alguns elementos importantes que, embora não possam ser generalizados, indicam desafios que a sociedade terá que transpor no sentido do seu enfrentamento, enquanto um problema social ligado à violência estrutural²³ a qual está relacionada à questão de gênero que atinge a subjetividade da mulher, ou melhor, a forma como a mulher constrói sua própria identidade.

Outra reflexão necessária é compreender que o problema não tem relação com uma postura individual, mas com uma cultura que influencia toda a sociedade e se estrutura de tal maneira que passa a definir formas de relacionamento e comunicação, e se corporifica no patriarcado, enquanto estrutura de poder que se utiliza tanto da ideologia quanto da violência.

²³ Violência estrutural é aquela decorrente da desigualdade de gênero e reforçada pelas diferenças de raça e classe, na qual o uso da força física se torna, não raras vezes, ato disciplinador e restaurador da ordem que obedece ao princípio da hierarquia do masculino em relação ao feminino (ANDRADE, 2018).

3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO HUUFMA

A implantação de um serviço para atender uma população específica, em instituições de saúde, instaura uma nova dinâmica e cria respostas para uma demanda reprimida. Entretanto, requer o acompanhamento sistemático e análise dos fatores que facilitam ou impedem a sua implementação.

Este capítulo é dedicado a identificar e analisar os fatores que condicionam de maneira positiva ou negativa o cumprimento das ações previstas para atender as mulheres que buscam o referido serviço no HUUFMA. Para isso, elegi um percurso que se inicia contextualizando o processo de implantação de políticas para mulheres no final dos anos de 1980, com a criação da primeira Delegacia Especializada para Mulheres em São Paulo, as Casas Abrigo e a instalação das primeiras unidades de saúde responsáveis por cumprir a lei e garantir o aborto nos casos de estupro ou para proteger a vida da gestante.

Convém uma breve reflexão sobre a importância dos direitos sexuais e reprodutivos, que assim como os direitos humanos, surgiram para salvaguardar direitos fundamentais das pessoas, e sua materialização no sistema de saúde através da oferta de programas e serviços para suprir demandas da sociedade e sua consolidação em normativas como é o caso do Programa de Planejamento Familiar e o Serviço Especializado de Atenção às Mulheres em Situação de Violência.

Todas essas conquistas foram mobilizadas pelos movimentos feministas e de mulheres a partir do seu poder de pressão e que impuseram ao Estado respostas às determinações das convenções internacionais que se estabeleceram nesse período.

Em seguida, busco identificar e analisar o alcance do Serviço Especializado de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência, resultante da pesquisa dos dados obtidos no HUUFMA, com os profissionais atuantes na Unidade Materno Infantil. As reflexões partem da própria dinâmica do serviço ofertado.

3.1 Apontamentos históricos para recompor a emergência do Serviço de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência

Na América Latina e no Brasil, a efervescência das lutas populares no contexto de reivindicação e protagonismo dos movimentos sociais que colocaram na agenda pública demandas por direitos sociais e nesse campo, as necessidades da condição feminina, demarcam o período de 1960 a 1980.

A partir de 1980, houve significativo avanço dos movimentos sociais que buscaram o resgate do social na direção da retomada de direitos, contidos pela repressão política, pelo arrocho salarial, elevação e concentração de renda que ocorreram durante os anos de ditadura militar. O que culminou com a Constituição de 1988.

Os marcos político e normativo trouxeram muitas conquistas para as mulheres, sobretudo devido aos processos de articulação e reivindicação dos movimentos feministas e de mulheres tanto no âmbito nacional quanto internacional.

Os determinantes legais, considerados como referência ao alcance de conquistas das mulheres, publicizaram as mazelas da violência no mundo.

No âmbito internacional destaco a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, aprovada pela Organização das Nações Unidas, em 1979, e ratificada pelo Estado brasileiro em 1984. Consiste em um tratado internacional de direitos humanos das mulheres e atribui ao Estado a obrigação em “assegurar a igualdade entre homens e mulheres e eliminar a discriminação contra a mulher” (PANDJIARJIAN, 2006, p. 80).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), aprovada pela Organização dos Estados Americanos em 1994, que adota a definição de violência contra mulher prevista na Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, outro importante instrumento legal aprovada em 1993 pela Organização das Nações Unidas. A Convenção de Belém do Pará reitera o conceito de violência contra mulher presente na Declaração e afirma ser a violência física, sexual e/ou psicológica contra a mulher uma violação aos direitos humanos. Ademais, incorpora a categoria gênero como fundamento da violência contra a mulher.

No âmbito nacional, a Carta da Mulher Brasileira aos Constituintes em 1986 resultou da mobilização do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher que lançou a campanha Mulher e Constituinte em 1985, com a apresentação de emendas populares que garantiram a inclusão dos direitos da mulher na Carta Magna.

Outro determinante legal de grande expressão de conquistas feministas e de mulheres é a Constituição Federal de 1988, em plena sintonia com as convenções internacionais de proteção aos direitos humanos e com base nos princípios de igualdade, não-discriminação e não-violência.

Da mesma maneira, o novo Código Civil de 2003, em substituição do Código de 1917, eliminou normas que expressavam discriminação e preconceitos contra as mulheres. Mais conquistas, resultantes da ação política coletiva são: a Lei n.º 11.340/2006, Lei Maria da Penha; a Lei n.º 11.104/2015, Lei do Femicídio que prevê circunstância qualificadora do crime de homicídio e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. A lei do feminicídio foi também um avanço no sentido de dá visibilidade a violência doméstica, maior rigidez no tratamento contra o autor do crime e contribuir com as estatísticas da violência contra mulher (MOREIRA, 2021). Mais recentemente, a Lei da Importunação Sexual, Lei Federal n.º 13.718/2018, e a Lei n.º 14.188/2021 que trata sobre a violência psicológica contra mulher.

Essas referências demonstram a trajetória jurídico-normativa no panorama da legislação brasileira sobre violência contra as mulheres.

Os movimentos feministas e de mulheres pulsaram a necessidade do reconhecimento de direitos e já no final da década de 1970, no processo de luta pela redemocratização, criaram o SOS – Mulher, um marco no atendimento direto às mulheres em situação de violência no Brasil, contribuindo para se estabelecer um campo para reflexão sobre violência de gênero e que inspiraram a implantação dos Centros de Referência da Mulher no final da década de 1980.

Contudo, a falta de apoio e estrutura culminaram no seu fechamento. Ademais, as concepções dos movimentos feministas conflitavam com os interesses das mulheres atendidas pelo SOS – Mulher. De um lado, o movimento não queria configurar como um serviço assistencialista e seu trabalho tinha como foco estimular a consciência das mulheres sobre questões feministas, acreditando que a situação de violência seria o momento ideal para abordagem

de temas que lhes diziam respeito. Por outro lado, as mulheres apresentavam necessidades imediatas, como acesso a creches, emprego e moradia, dentre outras (GREGORI,1993). O termo SOS ainda é muito utilizado por serviços ligados ao atendimento a mulheres em situação de violência.

Entretanto, foi nesse período, em respostas às denúncias de violência, principalmente nos casos de estupro, e as reivindicações do SOS-Mulher, que vieram à tona as primeiras conquistas dos Movimentos Feministas referentes à formulação de políticas, com a criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM, através da Lei n.º 7353/85. No ano seguinte, em 1986, foi criada no estado de São Paulo, pela Secretaria de Segurança Pública, a primeira Casa Abrigo do país (SILVEIRA, 2006). Foram importantes ganhos que mobilizaram a ação do Estado para atender as pautas feministas.

A delegacia especializada para atendimento dos casos de violência contra mulher, em São Luís-MA, foi criada em 1987. Ressalto que as delegacias são as primeiras instituições mais procuradas nessas situações. Sua emergência se deu em virtude das reclamações das mulheres, seus relatos sobre os atendimentos nas delegacias comuns, sempre foram motivo de constrangimento por parte das vítimas. Muitas não conseguiam registrar um Boletim de Ocorrência, e muitas vezes suas falas eram desqualificadas. Nesse sentido, configurava como fundamental um serviço específico que contasse com profissionais sensibilizados sobre a violência de gênero. Importante destacar o papel dos movimentos feministas na luta pela criação desses importantes espaços de denúncias que possibilitou maior visibilidade sobre o fenômeno.

Uma outra experiência inovadora para o atendimento às mulheres vítimas de violência começou a despontar a partir de 1990, com a criação do Centro de Referência da Mulher, com objetivo de prestar atendimento integral. Oferecia acompanhamento psicológico, social e jurídico.

A primeira experiência governamental foi a criação da Casa Eliane de Grammont²⁴, em São Paulo, que pretendia ofertar um serviço além do atendimento integral (psicossocial e jurídico). Tinha como proposta, se

²⁴ Eliane de Grammont foi uma cantora assassinada por seu ex-marido, Lindomar Castilho, em 1981, semelhante ao caso Doca Street, quando o homem mata por posse, por se achar dono da vítima.

estabelecer como um centro de denúncia de violência dos mais variados tipos, física, sexual, institucional, entre outras, bem como, oferecer treinamento para formação de equipes para o trabalho com violência e ainda incentivar a pesquisa sobre diagnóstico de violência que instrumentalizasse as ações governamental.

Foi inovadora também, por discutir a criação de novos conceitos. Vejamos o que refere o estudo de Silveira (2006 p. 62):

[...] a Casa Eliane de Grammont, criada em março de 1990 na cidade de São Paulo, teve um papel importante na construção de uma metodologia de atenção, promovendo um questionamento incisivo do processo de vitimização da mulher. Ali se usou pela primeira vez a expressão “mulher envolvida em situação de violência”, no sentido de incluí-la como sujeito na história de violência (o que não significa considerá-la cúmplice).

Apesar dos Centros de Referência apresentarem proposta diferenciada, de amplitude e possibilidades de promoção de um trabalho consistente e efetivo, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAMs e as Casas Abrigo, implantadas no período de 1985 a 2002, tornaram-se os principais eixo de combate à violência contra mulheres (BRASIL, 2011).

O abrigo para mulheres e seus filhos expressa uma ação necessária em uma situação limite do ciclo da violência. Mesmo antes da sua institucionalização já havia algumas experiências de iniciativa de organizações da sociedade civil no enfrentamento à violência de gênero coordenadas por coletivos feministas que ofereciam esse serviço, sobretudo nos grandes centros como São Paulo, como já mencionado neste estudo.

A partir dos anos de 1990, com as eleições de governos democráticos e populares, houve a implantação de modelos de Casas Abrigo em cidades como Porto Alegre-RS, conhecida como Casa de Apoio Viva Maria; em Fortaleza-CE, a Casa do Caminho, criada em 1992; a Casa Abrigo no Distrito Federal, 1993; e em Belo Horizonte-MG, a Casa Abrigo Sempre Viva, em 1996 (SILVEIRA, 2006).

Em 1997, através da iniciativa do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM e o financiamento do Ministério da Justiça, houve a estruturação de Casas Abrigo em outras regiões do país, bem como a elaboração de um Termo de Referência, com objetivo de oferecer parâmetros mínimos para implantação destes equipamentos, além de processos de monitoramento e avaliação.

A primeira Casa Abrigo em São Luís-MA foi implantada em 1999, vinculada ao Tribunal de Justiça do Maranhão. Oferece atendimento social, psicológico e de enfermagem, além da capacitação profissional para promover a geração de trabalho e renda para mulheres sob ameaça de morte e também para seus filhos (MARANHÃO, 2013).

As Casas Abrigo, tanto as gerenciadas por Organizações Não-Governamentais – ONGs como as da ação estatal, pretendiam atender uma demanda real que é a eminência de grave ameaça para mulher e seus filhos. A estratégia era afastá-la do agressor, proteger do risco contra sua vida.

A metodologia prescindia o sigilo do endereço, ou seja, o local onde está instalado o serviço de abrigo não deve ser divulgado. Até mesmo os próprios funcionários devem ter rigor com o sigilo, não informando aos seus familiares seu local de trabalho. Esta determinação é prevista no Termo de Referência para sua implantação.

Os comprometimentos para vida dessas mulheres eram enormes. Perda de vínculos familiares, vizinhos, recursos como creche e escola e até seus empregos, pois muitas precisavam deixar suas cidades para proteger a si e a seus filhos.

Portanto, apesar de necessárias, as Casas Abrigo revelam certa ineficiência do Estado em relação a promoção de políticas públicas para mulheres, uma vez que ações de proteção mais efetivas como a de afastamento do agressor por medida judicial, a inclusão das mulheres em programas sociais (aluguel social e incentivo à trabalho e renda) poderiam contribuir para seu reposicionamento social e conseqüentemente o rompimento com o ciclo da violência.

Na área da saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, supracitado, foi uma importante aquisição no âmbito dos serviços de saúde, que em seu desenho, decorrente de reivindicações do movimento feminista e de mulheres, já destacava a violência enquanto tema a ser considerado para a promoção da saúde da mulher.

Na prática, enfrentou dificuldade para sua operacionalização, devido à falta de treinamento dos profissionais somada a situações permeadas de questões subjetivas e de cunho moral. O que inviabilizou a identificação precoce e maior atenção aos casos de violência contra mulher durante os atendimentos

de atenção básica nas consultas de rotina em ambulatórios, que poderiam ter abreviado uma intervenção ou impedido a propagação de ações mais direcionadas, e principalmente, interrompido o ciclo da violência.

Em 1989 foi criado o primeiro serviço público de aborto legal no Hospital de Jabaquara em SP, como enfrentamento à violência sexual para atender casos de gravidez resultante de estupro. Para viabilidade do atendimento se construiu um fluxo, considerando a urgência de se articular saúde e violência.

Em decorrência disso, os anos de 1990 foram marcados como um período de inúmeras pesquisas nas academias centralizadas na formação de profissionais para atuarem na saúde, especificamente na área da violência de gênero.

Em 1999 é criada no Ministério da Saúde a Câmara Temática sobre Violência Sexual e Doméstica. Trata-se de um grupo de especialistas empenhados em elaborar e implementar a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, publicada no mesmo ano, e que tem se constituído como um importante instrumento de implementação de atendimento à violência nos serviços de saúde (SILVEIRA, 2006, p. 74).

Embora a instauração do primeiro serviço de interrupção de gravidez nos casos previsto em lei tenha ocorrido em 1989, somente quase 10 anos depois, em 1998 foi elaborada a Norma Técnica do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual.

Reconhecida como um avanço, a promulgação da Lei n.º 10.778, em novembro de 2003, instituiu a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde públicos ou privados.

Com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2003, as ações de enfrentamento à violência contra mulher passaram a incluir outras ações como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública.

No que se refere ao enfrentamento da violência contra as mulheres contido no Plano Nacional, o objetivo previa implantar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2005).

O Plano destaca ações prioritárias para a o enfrentamento à violência:

1. ampliar e aperfeiçoar a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência; 2. revisar e implementar a legislação nacional e garantir a aplicação dos tratados internacionais ratificados visando o aperfeiçoamento dos mecanismos de enfrentamento à violência contra as mulheres; 3. promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual; 4. promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência doméstica e sexual; 5. produzir e sistematizar dados e informações sobre a violência contra as mulheres; 6. capacitar os profissionais das áreas de segurança pública, saúde, educação e assistência psicossocial na temática da violência de gênero; 7. ampliar o acesso à justiça e à assistência jurídica gratuita” (BRASIL, 2005, p. 20-21).

A Lei n.º 11.340/2006, conhecida por Lei Maria da Penha, é um dispositivo legal considerado o ápice da luta dos movimentos de mulheres e feministas no que tange ao enfrentamento do fenômeno da violência doméstica e familiar, iniciado na década de 1970. Esta lei traz no seu texto a essência dessas discussões que se revelam como um avanço através dos mecanismos de enfrentamento que criam um sistema de proteção às mulheres vítimas de violência.

Sua implantação se deu em meio a muitas discussões com a sociedade civil e o poder público liderada pelos movimentos de mulheres e feministas através de suas várias frentes. Foram muitas mobilizações para divulgação e sensibilização acerca do significado deste importante conquista.

A normativa tem como determinantes a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, resultantes da primeira Conferência Mundial Sobre a Mulher, no México, em 1975; a Constituição Federal de 1988, tendo em vista o reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres na vida pública e privada e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida por Convenção de Belém do Pará, em 1994. (DIAS, 2007).

A Lei reconhece a violência doméstica e familiar contra a mulher como uma violação de direitos humanos e constitui importante avanço na legislação em matéria de prevenção e no combate desse fenômeno; inaugura mecanismos efetivos de proteção de direitos e propõe atuação integrada entre as várias

políticas públicas e serviços disponíveis, com vistas a garantir a proteção dos direitos da mulher em situação de violência, através da rede protetiva.

Na região metropolitana de São Luís, a Rede de Proteção da Mulher, conforme a SEMU – Secretaria de Estado da Mulher e o Ministério Público do Maranhão, é composta por várias instituições, com o objetivo de garantir a execução de políticas públicas no atendimento ou enfrentamento à violência de forma articulada e intersetorial, conforme prevê a Lei Maria da Penha.

O Quadro abaixo apresenta os órgãos e entidades de defesa ou enfrentamento que compõe a rede:

Quadro 1: Rede de enfrentamento e atendimento às mulheres em situação de violência

MUNICÍPIO	ORGÃO
PAÇO DO LUMIAR - MA	Delegacia do Maiobão Conselho Tutelar Promotoria Pública Fórum Municipal Defensoria Pública Juizado Especial Cível e Criminal 1ª vara 2ª vara Coordenadoria Municipal da Mulher Secretaria Municipal de Assistência Social CREAS CRAS
RAPOSA - MA	Delegacia Civil Conselho Tutelar Fórum Municipal Promotoria Pública Defensoria Pública Coordenadoria Municipal da Mulher Secretaria Municipal de Assistência Social CREAS CAPS CRAS
SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA	Delegacia Civil Conselho Tutelar Secretaria Municipal de Assistência Social CREAS CRAS Promotoria Pública Defensoria Pública Fórum Municipal Juizado Especial Cível e Criminal 1ª Vara Cível 2ª Vara Cível 3ª Vara Cível 1ª Vara Criminal 2ª Vara Criminal Comando da PM

SÃO LUÍS/MA	Serviços de Abrigamento – Casas Abrigo Centro de Referência de Atendimento à Mulher – CRAM Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher - DEAM Instituto Médico Legal – IML Juizados Especiais e Varas Especializadas Ministério Público Estadual Ministério Público Federal Núcleos ou Defensorias Especializados na Defesa das Mulheres Organismos Governamentais de Políticas para as Mulheres - OPM Organismos Não-Governamentais – ONG Promotorias Especializadas/Núcleos de Gênero do Ministério Público Serviços de Responsabilização e reeducação do agressor Serviços especializados de Saúde (HUUFMA, Maternidade de Alta Complexidade, Hospital da Mulher, SAEEM) CMCF Fórum Maranhense de Mulheres
-------------	---

Fonte: Secretaria de Estado da Mulher/MA e Ministério Público do Maranhão.

Destaco a luta dos Movimentos Feministas, enquanto sujeito coletivo responsável por grandes conquistas, que tem pautado o debate sobre a violência de gênero, antes visto como do âmbito privado, mas que requer a intervenção do Estado para sua prevenção e erradicação, conforme definido na Convenção de Belém do Pará em 1994.

Nesse sentido, a conformação da rede protetiva se deve a esse sujeito. No Maranhão, desde os anos de 1980, o movimento de mulheres e feministas tem contribuído para a defesa do Estado Democrático de Direito, conquistado a partir da Constituição de 1988.

O processo de redemocratização tardia e seu curto período, devido a eleição de Collor, favoreceu a organização das elites para barrar o alcance desses direitos e implantar o neoliberalismo. Posteriormente, os anos de 1990 foram marcados pela ação dos conselhos, mesmo que através de medidas judiciais, contrárias a participação popular prevista na Constituição de 1988. No âmbito local, personalidades, como por exemplo, Florilena Aranha, Sandra Torres, Maria Mary Ferreira e Ieda Batista desenvolveram intenso trabalho no governo Jackson Lago, que resultou na criação, através da Lei n.º 3.984 de setembro de 2001, do Conselho Municipal da Condição Feminina.

O fato é que os conselhos, até os dias atuais, ainda não conseguiram cumprir de forma efetiva e plena o seu papel devido à dificuldade de influir nas políticas públicas. Todavia, são instâncias de participação popular relevantes que lutam junto as minorias para defender o Estado de direito e propor a implantação de políticas, planos e projetos de cunho social para população.

No âmbito nacional, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres deu vazão a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, implantada em 2011, considerada como uma das ações mais importantes e urgentes para garantir, de facto e de jure, vida mais digna para as mulheres, reafirmando os objetivos do plano, bem como a promoção de ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, de assistência e garantia de direitos.

Desde o Golpe 16²⁵ houve um aumento da violência, principalmente contra as minorias e um retrocesso as conquistas efetivadas a partir da promulgação da Constituição de 1988, resultando hoje num panorama totalmente excludente, de ruptura democrática que busca frear os avanços relativos à questão racial e a luta contra o machismo e a misoginia.

3.2 Direitos Sexuais e Reprodutivos e sua materialização no Sistema de Saúde Pública.

A temática sobre direitos sexuais e reprodutivos implica discussões ampliadas que compreendem atenção aos seus princípios norteadores, quais sejam, integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade (CORRÊA E PETCHESKY, 1996).

Ademais, são balizados por questões que envolvem poder e recursos. Poder no sentido de as mulheres tomarem suas decisões acerca da fecundidade, saúde sexual, educação dos filhos; e recursos que assegurem o necessário para manter ou efetivar as decisões adotadas. O que requer do Estado a adoção de uma política econômica redistributiva que garanta orçamento capaz de atender as necessidades de cidadãos e cidadãs.

²⁵ processo que levou ao impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2016 e criou as condições para a tomada de poder no país, de forma não democrática, pelo governo Temer para implantação da agenda neoliberal.

Tais princípios, desenvolvidos pelas autoras, nos servem para refletir por um lado, sobre questões presentes na sociedade na construção de políticas públicas e sua efetivação, desde controle de fecundidade, programas de planejamento familiar e atenção à saúde da mulher, e por outro, a socialização de um pensamento sobre emancipação feminina.

São princípios que expressam a condição feminina, sua integridade e direito sobre seu corpo, autonomia, o direito a procriação e a responsabilidade do Estado para a garantia desses direitos, além do respeito à diversidade de classe, raça e gênero, mas liberdade com condições objetivas para o seu exercício.

Nesse sentido, o reconhecimento da diversidade pressupõe compreender de que forma os sujeitos estão inseridos na sociedade, o acesso a bens e serviços, as oportunidades de emprego e renda, a educação formal. Ou seja, os direitos sexuais e reprodutivos devem ter alcance ampliado, não somente está à disposição de determinado grupo social privilegiado.

Portando, direitos sexuais e reprodutivos ou direitos humanos no seu sentido mais amplo que inclui a diversidade de sujeitos de direito, seja em função de raça, etnia, gênero, classe social e sexualidade, pressupõe a adoção de uma perspectiva de construção coletiva de uma nova sociabilidade que perpassa por questões éticas e normativas.

A Constituição Federal de 1988 incluiu a responsabilidade do Estado no que se refere ao planejamento familiar, a Lei n.º 9.263 regulamenta o Planejamento Familiar no Brasil (BRASIL, 1996).

Ademais, permitiu a mulher planejar sua vida com segurança, de maneira saudável, a partir de escolhas conscientes sobre ter ou não ter filhos, o espaçamento entre uma gestação e outra, podendo acessar os métodos contraceptivos, sem riscos de uma gravidez indesejada e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus HIV.

Todavia, o efetivo cumprimento da lei requer a implantação e implementação de ações integradas que envolvam além da política de saúde, as políticas de educação, assistência social, sistema de justiça e segurança pública, além de uma rede de referência que realize os procedimentos cirúrgicos de ligadura de trompas e vasectomia.

O Programa de Planejamento Familiar é ofertado na atenção básica. Portanto, todas as UBS – Unidades Básicas de Saúde devem dispor de equipe para a execução das ações, incluindo as ações educativas, consultas, exames e insumos.

No âmbito internacional, a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, destacou a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos para além de perspectivas meramente demográficas, aliando-os ao desenvolvimento humano, fundada na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (BRASIL, 2005).

O pensamento sobre os direitos sexuais e reprodutivos surgiu no interior do movimento organizado em defesa da igualdade política das mulheres. Com efeito, Davis (2016) assevera este pensamento:

Embora as mulheres provavelmente sempre tenham sonhado com métodos infalíveis de contracepção, os direitos reprodutivos só puderam emergir como uma reivindicação legítima depois que os direitos das mulheres, em sua totalidade, tornaram-se o foco de um movimento organizado (DAVIS, 2016, p. 220).

Sua conquista significou a possibilidade de diminuir a sobrecarga das mulheres decorrente do número de gestações e abortos espontâneos frequentes, dando a elas a capacidade de vislumbrar uma carreira profissional, em uma situação mais privilegiada, ou simplesmente, lutar pela sobrevivência enquanto integrante da classe trabalhadora.

O Movimento Feminista lançou a ideia sobre direitos reprodutivos que serviram de base para se pensar sobre os direitos sexuais, reconhecidos como valores democráticos em contextos nacionais e internacionais. Tais direitos, tiveram também como proclamadores diferentes movimentos, como o Movimento Gay e o Movimento Lésbico, sendo concebidos a partir de perspectivas distintas, conforme a visão teórico-política que direcionava cada movimento.

De acordo com a perspectiva feminista, os direitos reprodutivos e os direitos sexuais referem-se às dimensões da cidadania e ao exercício da democracia. Estão relacionados à igualdade e à liberdade na vida reprodutiva e sexual. Contudo, devem ser tratados como campos separados para assegurar a autonomia de cada uma dessas esferas da vida e reconhecer a liberdade sexual

das mulheres relacionada a sua autonomia de decisão na vida reprodutiva, contrária a moral conservadora que relacionava a sexualidade das mulheres unicamente para a procriação (ÁVILA, 2003).

No âmbito da saúde, a implementação de políticas para mulheres, realizadas através de programas ou serviços, são construídas com o envolvimento de múltiplos sujeitos e diferentes interesses, e desse modo, mobiliza a ação política coletiva de vários grupos.

Todavia, é necessário, além do investimento financeiro, a disponibilidade dos insumos, tecnologia e recursos humanos qualificados para responder aos problemas da população, bem como, o entendimento sobre qual o significado desse direito e quais as responsabilidades de cada um na equipe, para, enfim, os programas ou serviços se tornarem um importante instrumento de fortalecimento das ações implementadas e garantia de direitos dos seguimentos subalternizados.

A pesquisa revelou o entendimento dos(as) profissionais entrevistados(as) sobre direitos sexuais e reprodutivos:

Direitos sexuais e reprodutivos vieram como uma libertação para mulher. Não só para mulher, mas para o casal, o direito de decidir quando ele quer ter filhos, quantos filhos quer ter, além da questão da liberdade sexual, de você poder exercer a sexualidade com responsabilidade, da maneira como você quer, e a questão da busca do prazer e o direito, principalmente em relação a mulher (Hortência).

Eu acredito que esses novos profissionais que estão concluindo as residências têm um olhar diferenciado de uma “velha guarda” em relação ao o que é um direito ao corpo e direitos sexuais e reprodutivos” (Verbena).

Eu vejo essa questão dela (a mulher) entender que ela pode ter prazer numa relação sexual, que não é obrigada a só ofertar prazer ao homem, como por muito tempo foi, e que ela tem a liberdade de exercer a sua sexualidade da melhor forma, da maneira como ela quiser, seja com a(o) parceria(o) que ela achar melhor para ela, seja mulheres, homens ou qualquer outro gênero (Vitória-régia).

As informações trazidas pelos(as) profissionais demonstram, com bases nos estudos realizados, que há um entendimento sobre o tema dos direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma perspectiva crítica, que reconhece os direitos da mulher e respeita as suas decisões.

Revelam ainda, um processo de desconstrução de posturas conservadoras, uma vez que o preconceito e julgamento sobre o comportamento

dos sujeitos comprometem o desenvolvimento do trabalho nas equipes multiprofissionais, além da qualidade da oferta dos serviços. Isto constitui um aspecto bastante salutar, pois, de acordo com o pensamento de Ávila (2003),

O preconceito não pode fazer parte da relação entre os profissionais da saúde e os/as usuários/as dos serviços. Se e quando isso acontece ocorrem dois graves problemas. Em primeiro lugar, a pessoa vítima do preconceito vai ter um prejuízo para sua saúde física e mental. Em segundo, sem ordem de prioridade, no instante que isso acontece ocorre uma violação dos direitos humanos, sem os quais não existe a realização da cidadania. Os tabus e os preconceitos sobre a vida sexual e reprodutiva ao longo da história recente, têm se constituído em um impedimento para uma atenção integral de qualidade nesses terrenos (ÁVILA, 2003, p. 469).

Entretanto, há resistência ao exercício de direito por parte de alguns profissionais que compartilham de um entendimento contrário e que acreditam que podem emitir juízo de valor, em situações específicas, como é o caso das solicitações de abortamento:

O direito ao abortamento foi uma conquista, e toda hora é ameaçado. A realização do procedimento demarca uma forma de proteger a mulher. Mas de fato acaba afastando essa mulher de buscar ajuda nos casos que ela realmente precisa, por medo de punição, vergonha e julgamento” (Tulipa).

Tem alguns entraves institucionais, como a objeção de consciência, que está previsto como direito do profissional. Tentamos incluir na equipe aqueles que realizam a assistência às pessoas, que não têm esse problema em relação a “permitir” que essa mulher exerça o direito ao corpo dela para abortar ou não” (Hibisco).

Esse tipo de comportamento, ainda muito recorrente, são entraves para implementação de políticas públicas, que contribuam para a superação de posturas antidemocráticas e reconheçam os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos inalienáveis. Sobretudo, no atual contexto de avanço do conservadorismo e ofensiva neoliberal, aliadas a posturas neofascistas²⁶ que caracteriza o movimento de extrema direita no governo Bolsonaro.

²⁶ "O neofascismo surgiu no século XXI e, no caso brasileiro, na semiperiferia do sistema imperialista. É um movimento reacionário de massa predominantemente de alta classe média, e não pequeno-burguês; voltado contra o movimento democrático e popular, e não contra um movimento socialista e comunista de massa que não existe no Brasil atual; mobiliza uma crítica conservadora, de classe média, à corrupção e à política democrática, e chegou ao governo cooptado pelo capital financeiro internacional e pela fração da burguesia brasileira a ele integrada, e não por uma burguesia nacional expansionista que, de fato, não existe no Brasil" (BOITO JR, 2021, p. 8)..

A objeção de consciência é um direito do profissional, desde que não impeça a mulher de exercer o seu direito de decidir sobre seu corpo.

A respeito do exposto, compreendo que permanecem visões e culturas que se confrontam e lutam para se impor, uma pelo fortalecimento da ordem social e outra por mudança e superação. No âmbito da saúde, trata-se de realizar modificações que contribuam para o atendimento aos interesses e necessidades das mulheres.

Nesse contexto, a ação política, por meio do movimento feminista e de mulheres, constitui fator primordial para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. Sua consolidação, ainda em processo, demandou muitas lutas e reivindicações, e o que se apresenta atualmente nos serviços de saúde são a materialização dessas conquistas em forma de programas como é o caso do planejamento familiar, que oferta ações educativas e acesso aos métodos contraceptivos, desde os métodos naturais, de barreira, hormonais até os métodos definitivos ou irreversíveis como a esterilização.

Essas conquistas se veem ameaçadas na atual conjuntura de exacerbação do conservadorismo e ataques às políticas públicas para as mulheres, inclusive nos direitos sexuais e reprodutivos, como o direito ao aborto legal, a luta pela sua descriminalização e até a sua legalização.

O debate em torno do aborto, conforme assevera Diniz (2007), está em disputa a partir de duas frentes, a saber, a visão do aborto como uma grave infração moral, defendida por setores conservadores ligados à igreja católica e às religiões neopentecostais; e o entendimento do aborto como um exercício de autonomia reprodutiva das mulheres, que foi assumido por núcleos mais progressistas vinculados a pesquisadoras(es) e movimentos sociais.

A autonomia das mulheres e a laicidade do Estado são princípios presentes na Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011). Nesse momento, é necessário a defesa intransigente dos direitos das mulheres, o resgate do debate feminista acerca dos direitos sexuais e reprodutivos e o fortalecimento do entendimento enquanto uma questão de saúde pública.

Estão presentes ainda, no debate sobre o aborto, muitas complexidades que envolvem a dimensão social inserida na dinâmica de poder que marca as

relações sociais capitalistas. Desse modo, devem compor esse debate as dimensões gênero, raça e etnia.

Da mesma forma, a oferta de serviços especializados surge para atender uma necessidade da sociedade como resposta à violência que acomete as mulheres nos seus mais variados tipos, a exemplo da violência sexual e que garante, entre outras ações, a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.

3.3 Atendimento ofertado pelo Serviço Especializado de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no HUUFMA.

No Maranhão, a implantação dos primeiros serviços para atendimento de mulheres em situação de violência sexual, na área da saúde, surge como já mencionado, em 2000.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão iniciou com o atendimento a crianças e adolescentes, e a partir de 2003 passou a ser referência no atendimento de mulheres em situação de violência sexual. O serviço vem se estruturando ao longo dos anos, em 2014 novos(as) profissionais foram inseridos na equipe, após o concurso da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, vinculada a UFMA. Atualmente, o serviço integra, de acordo com organização do Sistema Único de Saúde – SUS, a Linha de Cuidado²⁷ de Atendimento à Pessoa em Situação de Violência Sexual e no ano de 2021 elaborou o Protocolo Assistencial – PA para o atendimento a esse público com intuito de “normatizar e garantir o acesso a um serviço de saúde especializado no estado do Maranhão” (HUUFMA, 2021).

²⁷ “Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, com o objetivo de orientar gestores e profissionais sobre o melhor fluxo de atenção dos pacientes, com rigor ético e científico, nas quais: Descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde; Viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>).

O serviço, de acordo com o organograma institucional, está ligado ao ambulatório de ginecologia e obstetrícia, atende pessoas com sexo biológico feminino (incluindo homens transgênero) de qualquer idade, crianças e adolescentes de até 14 anos 11 meses e 29 dias do sexo masculino em situação de violência sexual.

Algumas leis foram de extrema importância para a normatização dos atendimentos desta população como a Lei n.º 10.778 de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, e a Lei n.º 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual (HUUFMA, 2021).

Oportuno esclarecer que o protocolo elaborado ainda cumpre o trâmite formal, e até o período de finalização da pesquisa estava por ser validado pelo setor competente. Contudo, foi disponibilizado como fonte de dados secundários devido as suas importantes informações e o compromisso do HUUFMA com a pesquisa acadêmica, considerando ser um centro de formação para diversos profissionais da área da saúde. O que favoreceu o desenvolvimento do estudo.

O escopo do trabalho baseou-se em analisar a assistência prestada nos casos de violências atendidos no serviço, destacando as percepções dos sujeitos envolvidos, tanto na gestão quanto na execução das ações, as informações contidas nos relatórios, documentos e no disposto na Política Pública de Saúde e Normas Técnicas.

Os elementos analisados, a partir da entrevista com os(as) profissionais da equipe e os(as) gestores(as), foram os seguintes: sobre a oferta de capacitação para atuação no serviço; a maneira como são definidas as rotinas e competências de cada setor envolvido, as ações executadas e seus responsáveis durante o atendimento; sobre os encaminhamentos internos e externos realizados; principais desafios a transpor, considerados aspectos dificultadores para o alcance dos objetivos; sobre a garantia do aborto legal às mulheres nas situações definidas em leis e portarias; as ações previstas de monitoramento e avaliação do serviço e a percepção da equipe sobre a relevância desse trabalho para a sociedade, como aspecto facilitador.

Quadro 2: Quadro resumo dos elementos da análise do serviço especializado

ELEMENTOS ANALISADOS	PARTICIPANTES
Capacitação/treinamento da equipe	Assistentes sociais
Definições das ações	Enfermeiros
Encaminhamentos internos e externos realizados	Farmacêuticos
Desafios apontados	Médicos
Aborto legal	Psicólogos
Monitoramento e avaliação	Gestores
Relevância do serviço	

Fonte: de autoria própria

Quanto ao treinamento da equipe, a pesquisa revelou que os(as) profissionais não tiveram treinamento específico, buscaram se qualificar em cursos de atualização e especializações por conta própria ou através de treinamento em serviço com os(as) profissionais que já trabalhavam anteriormente.

Na verdade, o treinamento que foi feito, foi o treinamento em serviço com as colegas que já faziam o atendimento [...] a gente foi treinada pela equipe que já fazia, mas não foi uma coisa oficial. Como nós iríamos fazer parte desse setor, elas foram passando o serviço. Mas treinamento, não (Hibisco).

As primeiras capacitações foram por iniciativa própria. Porque ao chegar num serviço, no começo não se tem muita experiência, temos que ir atrás mesmo. Então sobre capacitação oferecida pelo Hospital, não. No início foi mais individualmente, buscando capacitações até me escrevi em uma especialização na área de violência (Tulipa).

[...] sobre o atendimento à situação de violência, eu já tinha uma familiaridade com a questão e participei de várias capacitações além de vários atendimentos na minha experiência na área, antes de vir para o hospital. Mas, uma capacitação promovida pelo HU, não lembro (Calêndula).

Eu não lembro de ter treinamento até agora sobre a questão da violência. Pelo menos, esse tempo todinho eu não vi (Verbena).

Eu participei de uma capacitação em Brasília. Na verdade, não foi uma capacitação, foi uma complementação dentro de uma capacitação que o governo estava oferecendo para alguns hospitais universitários e eu

fiquei mais alguns dias. De resto, não lembro de nenhuma capacitação (Hortência).

Segundo o relato dos(as) entrevistados(as), não houve preocupação inicial em oferecer capacitação para a equipe. Os motivos não foram explicitados. Contudo, é evidente que o serviço surgiu de uma necessidade social e enquanto uma resposta à ação política do movimento feminista e de mulheres e que foi se ajustando conforme sua implementação. Todavia, o fato de não ter atentado para a importância de se buscar o aperfeiçoamento através de capacitações e treinamentos pode ter influenciado na integração e alinhamento da equipe, sobre questões como sexualidade, procriação, autonomia e empoderamento, que apesar dos(as) entrevistados(as) terem demonstrado conhecimento, não eram relacionados às práticas cotidianas, tendo em vista as situações contraditórias no atendimento.

Ávila (2003) ressalta a importância da capacitação dos recursos humanos para um melhor desempenho das ações. Vejamos o que a autora diz sobre o assunto:

Sobre os recursos humanos quero salientar a questão da formação em dois sentidos: a formação técnica para lidar com reprodução e questões da sexualidade, mas a formação enquanto consciência de cidadania que implica o se reconhecer e reconhecer o/a outro/a como cidadão/ã. Há nesse campo um desafio específico no plano cultural/ideológico que é o de romper com o conservadorismo e o preconceito que não só discriminam socialmente, mas afetam a saúde física e mental das pessoas e as vulnerabilizam (ÁVILA, 2003, p. 469).

Portanto, o aperfeiçoamento profissional é importante para melhorar as habilidades técnicas, mas não é suficiente para promover um atendimento integral e articulado com outras dimensões. O perfil dos profissionais que atuam neste campo deve estar alinhado a posturas mais abertas, respeito às diversidades, livre de preconceitos e sobretudo que não imponha um pensamento pessoal, como uma única verdade para as práticas no âmbito profissional. Além do mais, a autora ressalta que a formação enquanto consciência de cidadania implica em romper com o conservadorismo e a discriminação no atendimento às usuárias e usuários, sob pena de comprometer a sua saúde física e mental.

Da mesma forma, a participação enquanto ato político, que discute e propõe melhorias para o serviço não pode perder de vista as ações macro,

definidas no nível superior da gestão e que tem impactado no desenvolvimento das ações programadas, a exemplo da PEP – Proposta de Emenda à Constituição n.º 32/2020, que trata da reforma administrativa.

Na prática, é a desestruturação do sistema público de direitos que penaliza os(as) servidores(as) e empregados(as) públicos(as) e altera o texto constitucional, sob a justificativa ideológica e amplamente divulgada para a sociedade que são trabalhadores(as) privilegiados(as). Considerada mais uma estratégia para consolidar o projeto de políticas de ajuste fiscal implementado na América Latina e no Brasil a partir do *Consenso de Washington*, no final dos anos de 1980.

Sobre como são definidas as ações e a divisão de responsabilidades dentro da equipe, a pesquisa revelou que:

- ✓ As capacitações dos(as) profissionais atuantes nos principais setores responsáveis pelo acolhimento das usuárias, como o setor de recepção e segurança, foram planejadas e executadas por membros da equipe do serviço especializado, através de oficinas, além da sensibilização e discussão de um fluxo de atendimento;
- ✓ O acolhimento e notificação da violência aos órgãos de vigilância em saúde e aos Conselhos Tutelares é de competência do Serviço Social e do setor de classificação de risco;
- ✓ O ambulatório é responsável pelo seguimento e realiza as consultas de enfermagem, psicologia e ginecologia;
- ✓ A Comissão de Ética, formada por três membros, sendo um(a) médico(a), um(a) psicólogo(a) e um(a) assistente social, avalia os processos de solicitação de abortamento.
- ✓ Ao Serviço de Assistência Farmacêutica compete a dispensação e orientação sobre prescrição medicamentosa contra Infecções Sexualmente Transmissíveis, a pílula do dia seguinte e demais medicamentos necessários.
- ✓ Quanto ao Laboratório, realiza a coleta e análise clínica do material biológico.

Vejamos algumas respostas:

A gente buscou fazer um trabalho de educação de todo o HU, ou pelo menos dos profissionais dos setores que fazem parte do fluxo por onde essa mulher ou essa criança, essa adolescente passa, para que eles soubessem identificar e conduzir, evitando a revitimização, então foi um trabalho de educação (Hibisco).

Fizemos oficinas com a segurança, com a recepção para que pudessem identificar quando essa mulher chega aqui para que setor deve ser direcionada e dentro desse processo de construção e educação a gente pensou num fluxo interno e um protocolo de acesso (Vitória-régia).

O serviço social faz o primeiro acolhimento e é responsável pela notificação. Não pergunta a história porque o papel da saúde não é interrogar, não é de responsabilização. É acolher e prestar o serviço em saúde (Lavanda).

O serviço social fica responsável pelo acolhimento nos dias úteis. Nos finais de semana, feriados e à noite o setor de classificação de risco obstétrico faz acolhimento, porque ela vem em busca do serviço de saúde, então após o primeiro atendimento em saúde eles referenciam para o próximo dia útil ao serviço social para que possa dar continuidade a sequência no ambulatório com a psicóloga e a ginecologista (Verbena).

Nosso atendimento na situação de violência está mais relacionado à questão da comissão de ética por onde passam todos os pedidos de solicitação de interrupção da gravidez (Calêndula).

Somos informados de que chegou uma “vítima” e ficamos aguardando a prescrição médica, como já temos conhecimento sobre o protocolo do Ministério da Saúde, nós já vamos nos preparando para atender essa pessoa, separando os medicamentos e inclusive água, para ajudar. São vários medicamentos, tem os medicamentos que ela precisa tomar aqui e os medicamentos que ela vai levar para casa, que são da profilaxia contra o HIV (Antúrio).

A gente aguarda a coleta dos exames que ela faz também aqui, durante o atendimento. Antigamente, quando eu iniciei no serviço especializado, a paciente vinha para cá receber os seus exames e ficava muito exposta, todo mundo sabia sobre o caso, atualmente existe essa preocupação com a questão do sigilo (Gerânio).

A análise dos dados verificou que o serviço possui um nível de organização satisfatório em relação ao acesso, a equipe possui entendimento sobre os conceitos de gênero e direitos sexuais e reprodutivos, e abertura para o debate político na perspectiva feminista. Há um esforço da equipe para cumprir com as ações pactuadas e que os papéis de cada setor foram definidos.

No entanto, o número de profissionais que desempenham as ações programadas é insuficiente. De acordo com as observações realizadas durante a coleta de dados, a equipe que atua no serviço especializado é a mesma que trabalha no ambulatório de sexualidade, criado a partir da portaria do MS n.º

2.803/2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador²⁸ no SUS. Os profissionais se revezam para atender as rotinas dos dois ambulatórios.

[...]o número de profissionais ainda é pequeno, se a gente for pensar nesse sentido, precisa de mais profissionais, então nosso desafio seria ter mais profissionais (Hortência).

Isso é uma realidade em muitos setores do HUUFMA, não há uma cobertura adequada de recursos humanos para o atendimento tanto na internação quanto nos ambulatórios. Expõe um dos graves problemas no Sistema Único de Saúde, desde sua implantação, a falta de profissionais aliada a uma lógica de gestão que prioriza alguns setores, cujas rubricas de financiamento são mais vantajosas financeiramente, ligados a alta tecnologia, em detrimento de outros setores de igual importância, mas que prestam serviços de menor complexidade, principalmente no atual contexto de políticas de minimização do Estado, fundadas na ideologia adotada enquanto tendência atual no serviço público.

No âmbito do SUS, evidencia o caráter focalizado das ações e se contrapõe ao princípio da integralidade, ou seja, a garantia do atendimento preventivo e curativo, optando por defender o projeto de saúde enquanto mercadoria (DIAS, 2008, p. 86).

Os encaminhamentos internos realizados pelos setores envolvidos no atendimento às mulheres foram destacados pelos(as) entrevistados(as):

Em pacientes que cujo atendimento é realizado até as 72 horas, são encaminhadas para as terapias antirretrovirais (Lavanda).

Após os primeiros atendimentos “elas” são encaminhadas para consulta de enfermagem para identificar e orientar sobre os métodos contraceptivos (Calêndula).

Nos casos que resultam em gravidez indesejadas, são encaminhadas à Comissão de Ética para passar pela aprovação do procedimento de interrupção (Camélia).

São encaminhadas para o setor de internação para que haja a interrupção da gravidez (Hibisco).

²⁸ O Processo Transexualizador, realizado pelo SUS, garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento, uso do nome social, hormonioterapia e cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social (CRP/PR, 2021).

[...]após a alta hospitalar o seguimento continua sendo ambulatorial, de onde ela veio ela retorna, onde ela começou o atendimento (Lavanda).

Os encaminhamentos externos foram apontados(as) pelos entrevistados(as) como desafios. Pois, de acordo com as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais – PEP²⁹ as usuárias devem permanecer em acompanhamento ambulatorial por até 1 ano após a data da violência sexual. Contudo, muitas usuárias procedentes de municípios do interior do estado deveriam realizar o seguimento no seu endereço de origem, o que muitas vezes não é possível devido à ausência da oferta do serviço. Ademais, em alguns casos o acesso ao Programa de Tratamento Fora do Domicílio – TFD³⁰ é negado ou tem sua regularidade comprometida devido à ausência da gestão municipal.

Nesses casos, a permanência das mesmas usuárias em atendimento ambulatorial inviabiliza o acesso de novas usuárias.

Para nós, o maior desafio está na rede, pois não tem muitas referências após a alta dessas pacientes. Ficamos às vezes com essas pacientes por um tempo maior e isso acaba comprometendo o nosso atendimento com novas pacientes (Lavanda).

Nossa maior dificuldade é justamente a fragilidade da rede externa, pois a interna nós temos os profissionais que podem fazer o acompanhamento. Mas, não podemos ficar com essas mulheres a vida toda. Então, não tem para quem referenciar (Hibisco).

Nós temos muito empenho com a comunicação entre os diversos órgãos. Contudo, ainda é frágil demais. Mas, para onde mandar essa pessoa? Para continuidade, precisa ser melhorada a rede de saúde como um todo, ela precisa ser fortalecida principalmente a comunicação entre Justiça e Assistência Social, e cada um assumir o seu papel (Camélia).

Os encaminhamentos, tanto internos, quanto externos estão de acordo com a portaria do MS n.º 485/2014 que prevê o atendimento às pessoas em

²⁹ A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, hepatites virais, sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções (BRASIL, 2021).

³⁰ O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas (<http://www.mp.go.gov.br › docs › cartilha-tfd-sespa>).

situação de violência sexual, observando o acolhimento, respeito à dignidade da pessoa humana, não discriminação, atendimento clínico e psicológico:

II - Atendimento humanizado; III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito; IV - informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; V - atendimento clínico; VI - atendimento psicológico [...] (BRASIL, 2014).

O debate em torno da humanização na saúde já vem se estruturando ao longo da construção do SUS, desde sua emergência nas décadas de 1970 e 1980, com o Movimento de Reforma Sanitária, e mais efetivamente a partir de 2000, com a XI Conferência Nacional de Saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005) e a criação da PNH – Política Nacional de Humanização, em 2003.

A PNH surgiu com a intenção de afirmar o princípio da universalidade da saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado” e a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos, a saber: usuários(as), trabalhadores(as) e gestores (as) (BRASIL, 2016).

Várias ações foram criadas e implementadas até chegarmos à configuração atual com dispositivos como a Clínica Ampliada, as equipes matriciais e institucional, presentes no HUUFMA.

A reivindicação pela melhoria na qualidade da atenção às usuárias e usuários é simplesmente o seu direito de ser assistido de modo acolhedor e resolutivo. Contudo, as ações fragmentadas e pontuais possuem um caráter assistencialista, ligado à ideologia do voluntariado ou até mesmo tecnicista, dentro de uma lógica de racionalidade nos processos de trabalho. Da mesma forma, os(as) trabalhadores(as) também têm o direito a ter condições adequadas de trabalho.

A humanização na saúde não pode ser vista como competência de alguns setores ou áreas como saúde da mulher, da criança, do idoso; ou de atribuições de algumas categorias profissionais como assistentes sociais e psicólogos; ou ainda como exigência do mercado para otimização dos recursos. Deve ser compreendida como estratégia para alterar práticas que obstaculizam a efetivação plena do SUS, enquanto resultado da ação coletiva, e ter como foco os sujeitos sociais que a compõem: usuárias (os), trabalhadores(as) e

gestores(as). É imprescindível para a efetivação do SUS, o reconhecimento e valorização dos ideais defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária fundados em transformações concretas nas práticas de saúde ofertadas à população, respeitando a sua diversidade.

Vejamos outros desafios apontados:

Nosso maior desafio, [...] é ter uma preocupação com constantes processos de formação (Antúrio).

[...]a gente está precisando de mais investimento na equipe, capacitações, atualizações, nesse sentido, as coisas podem melhorar (Tulipa).

Eu acho que nosso principal desafio é que “ela” possa realmente ter um espaço bem reservado, bem definido para “ela”, sem que haja essa interação, contato ou vai e vem de outras mulheres (Calêndula).

[...]a gente tem dificuldade no atendimento das pessoas que não estão dentro do Protocolo. Por exemplo, às vezes chegam aqui homens trans que são biologicamente mulheres, a gente atende aqui, mas no caso das mulheres trans não há atendimento e é muito recorrente a violência contra esse público (Tulipa).

Temos certa dificuldade em fazer com que as pessoas entendam o tratamento, não temos certeza de que essa pessoa está aderindo ao tratamento, precisamos confiar que ela vai lavar o medicamento para casa e tomar corretamente (Gerânio).

[...] a importância de ela não abandonar o tratamento, fazer o tratamento completo para diminuir a chance de contrair HIV, para a gente isso é o principal, pois ela além do trauma resultante da violência, está sujeita a infecções. Imagina contrair uma doença de uma pessoa que fez isso contigo ou uma gravidez indesejada, é horrível (Azaleia).

Existe uma grande preocupação com a formação e qualificação da equipe nos relatos apresentados, tendo em vista que 25% dos entrevistados(as) afirmaram ser esse o maior desafio, enquanto 16,66% referiram como maior desafio o acolhimento às usuárias, e para outros 16,66% o maior desafio está no alcance do serviço à população usuária. Sendo que 41,74%, já exposto, acreditam ser o maior desafio a contrarreferência, relacionada aos encaminhamentos à rede socioassistencial³¹.

Importante pontuar, que para uma política atingir maior efetividade é necessário, além do suporte de recursos humanos e tecnologia, que se

³¹ Redes setoriais públicas formadas por serviços de natureza especializada, resultantes da ação do Estado por meio das políticas públicas (AVELAR, 2018).

mantenha uma boa articulação com a rede de serviços, entendida como um importante arranjo político a nível local para oferta de suporte social à população atendida (ÁVILA, 2003; AVELAR, 2018).

Além do mais, o trabalho em rede constitui uma grande inovação no campo da saúde, visto que, segundo Avelar (2018), propõe uma organização participativa, processo do cuidado mais flexível, valorização do território e a proximidade dos equipamentos sociais à população.

Da mesma maneira, a intersetorialidade é para muitos gestores de políticas públicas uma estratégia para atender cidadãos e cidadãs de maneira mais completa, de acordo com o princípio da integralidade na atenção observado na política de enfrentamento à violência contra mulheres. Uma vez que a sua funcionalidade depende da ação de agentes múltiplos capazes de responder as necessidades em sua totalidade. Com efeito, Ckagnazaroff afirma:

[...] intersetorialidade consiste na articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social (CKAGNAZAROFF, 2004, p.18).

Portanto, é necessário a articulação de diferentes áreas como, segurança pública, saúde, educação, assistência social, órgãos de justiça, delegacias de polícia, defensoria pública, para que possa ter êxito o combate à violência (SAFFIOTI, 2004).

A garantia do abortamento em Unidades de Saúde de Referência, como o HUUFMA, está prevista no Código Penal, Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940, normatizado pelo MS desde 1998 (BRASIL, 2015), e regulamentado pela Portaria n.º 485, de 1º de abril de 2014 do Ministério da Saúde, que estabelece em seu Art. 6º:

O Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando: I - atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial; II - apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e III - coleta e guarda de material genético. Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta do serviço de referência disposto no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os

turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação (BRASIL, 2014).

O HUUFMA cumpre com os critérios estabelecidos na Portaria Ministerial. No que tange ao atendimento nos casos de gravidez resultante da violência, o protocolo estabelece o fluxo que deve ser seguido pelos(as) profissionais, garantindo a realização do procedimento:

Deve ser acolhida sem julgamentos, com postura empática, por equipe multiprofissional; deve ser orientada das possibilidades diante de uma gestação decorrente de violência sexual: 1. Manter a gestação até seu término, sendo garantida assistência em Pré-natal especializado, e inserir a criança na família; 2. Manter a gestação até seu término, sendo garantida assistência em Pré-natal especializado, e proceder aos mecanismos legais de doação; 3. Interrupção da gestação até a 20ª semana. Decidindo pela interrupção, é necessário a elaboração dos termos, prescritos na Portaria 1.508/2005 do MS (HUUFMA, 2021).

Quando inquiridos sobre o aborto legal e a garantia da realização do procedimento de interrupção da gravidez, os participantes apresentaram as seguintes respostas:

Nós começamos a perceber, durante o plantão noturno, a busca de mulheres por atendimento, com lágrimas, e então nós fomos tentar descobrir o que eram aquelas lágrimas. As lágrimas eram em função das marcas do abuso sexual, de imediato era a agressão na alma e a necessidade de limpeza desse corpo (Rosa).

[...] muita gente imagina que é uma decisão mais fácil, muito pelo contrário. O abortamento deixa marcas daquela vivência traumática, cada um tem seus valores, suas crenças, suas histórias de vida, dificilmente uma mulher vem aqui revelar que sempre quis fazer aborto, nunca vi isso. É uma situação de urgência, decisões num tempo curto (Azaleia).

Existem alguns médicos que ainda recorrem a objeção de consciência para não realizar o procedimento, mas melhorou muito, se percebe uma evolução, um aumento no número de abortamentos legais, até porque ficou tudo muito mais bem estruturado depois do protocolo (Hortência).

[...] a partir do momento que o profissional sabe como deve fazer, ele tem menos resistência. Isso melhorou muito (Lavanda).

Essa geração de novos profissionais está tendo oportunidade de visualizar um serviço não perfeito, mas estruturado com equipe multi e interprofissional, trabalhando a transversalidade do cuidado (Camélia).

Eu acho que nós precisamos garantir que “ela” tenha um espaço adequado, que seja garantida a sua privacidade, pois ela vem para o Centro de Parto, onde tem outras mulheres que estão em trabalho de parto e vão estar com seus bebês. Então, embora se tente colocar num

leito mais reservado é impossível que ela não esteja percebendo a dinâmica das outras mulheres que estão lá em trabalho de parto ou com seus bebês, sem falar no choro dos bebês (Calêndula).

As falas demonstram uma sensibilidade da equipe para o reconhecimento do aborto enquanto um direito e a oferta da atenção integrada pelos setores envolvidos, de forma a evitar a revitimização destas mulheres. No entanto, o serviço ainda não avançou quanto a oferta de requisitos básicos para o “atendimento humanizado”, entendido como observação aos critérios das normativas, como por exemplo, a garantia de instalações físicas adequadas para o acolhimento das usuárias no CO – Centro Obstétrico previstos na Portaria n.º 11/2015 do MS (BRASIL, 2015).

As mulheres são assistidas no CO, em leitos divididos por cortinas, simultaneamente e com as demais gestantes parturientes, conforme narrado por um(a) dos(as) participantes da pesquisa. Há ainda 2 leitos na enfermaria do ALCON – Alojamento Conjunto que são utilizados pelas mulheres nas situações de violência. Contudo, não são exclusivos para este atendimento.

Isso se deve, entre outras questões, à falta de interesse, por parte da gestão, em priorizar as ações cujos incentivos financeiros não são muito atrativos. O serviço está alicerçado em uma política pública, a saúde, que sofre com as constantes ameaças de redução de recursos, comprometendo o atendimento que é ofertado de maneira aquém das expectativas dos(as) usuários(as) em termos de efetivo acesso aos serviços e da qualidade das ações pactuadas, além do risco à privatização que se configura como ausência do Estado em questões fundamentais (SILVA, 2011).

É fato que desde sua conformação, a política pública de saúde esteve em disputa entre dois projetos, como bem enfatiza Dias (2008, p. 84-85), o projeto da Reforma Sanitária, defendido pelas forças democráticas, responsável pelo desenho dos princípios norteadores do SUS, com acesso universal a todos e a descentralização dos recursos. Tendo o Estado como o responsável pelas políticas públicas e como tal, pela política de saúde. Em contraposição, há o projeto de restrição de direitos sociais e políticos, que defende o Estado mínimo, a privatização de serviços essenciais, confrontando preceitos constitucionais.

Todo esse panorama é acirrado na atual conjuntura de agravamento da crise econômica, decorrente da lógica do capital, que gera desigualdades e

superexploração do trabalho, aliada a um governo de extrema direita que secundariza as políticas públicas de corte social, como é o caso da saúde, e retira direitos de quem mais precisa, a exemplo da extinção do Programa Bolsa Família, que embora longe de ser um ideal de programa de transferência de renda, sua capilaridade, segundo Campello e Neri (2013, p. 11) supera a marca de 13,8 milhões de famílias atendidas em todo o país, um quarto da população brasileira.

Em contrapartida, o governo lançou o Programa Auxílio Brasil, que segundo teóricos(as) críticos(as) da política de assistência social, a própria nomenclatura já designa uma condição de assistencialismo, “auxílio”. Enquanto “bolsa” tem uma conotação de direito. Tem-se ainda o crescimento do fenômeno da fome, sobretudo após a Pandemia da Covid-19, entendida, para além de uma crise sanitária, uma crise política e econômica, e a ausência do governo no seu enfrentamento, desvelada no Senado Federal através da CPI da Pandemia, em 2021.

O Programa Auxílio Brasil, ao que se apresenta, tem prazo de validade até dezembro de 2022, reforça o perfil da ação estatal acerca das políticas sociais, historicamente implementadas no Brasil, e que, de acordo com Silva (2000), ao invés da adoção de propostas democráticas e progressistas, como são os programas de transferência de renda, realiza-se através de programas e ações fragmentadas e eventuais, que timidamente contribuem para diminuir as condições de pobreza e ainda utiliza as políticas sociais como instrumentos para corrupção, demagogia e clientelismo.

Quanto ao monitoramento e avaliação das ações do serviço, foi identificado que o acompanhamento é realizado por meio de sistema de informações e relatórios, que são encaminhados periodicamente para a gestão. Vejamos a informação destacada do Protocolo Assistencial:

Acompanhamento de consultas por meio da plataforma AGHU e levantamento de indicadores de número de casos. Os indicadores a serem monitorados neste Protocolo são: n.º de casos de violência sexual atendidos no mês; n.º de casos violência sexual por faixa etária e sexo; n.º de gravidez resultante de violência sexual; n.º de casos de interrupção de gravidez resultante de violência sexual; n.º de casos que receberam antirretrovirais atendidos no mês dentre as pacientes atendidas em até 72h do evento. Os dados referentes aos atendimentos de Pessoas em Situação de Violência Sexual deverão ser compilados no relatório de análise crítica de indicadores da

Unidade de Atenção à Saúde da Mulher, o qual deverá ser enviado para a Divisão de Gestão do Cuidado (HUUFMA, 2021).

De acordo com a Norma Técnica de atendimento Humanizado às Pessoas em Situação de Violência Sexual do MS, é responsabilidade dos(as) gestores(as) e diretores(as) dos estabelecimentos de saúde a implantação de mecanismos de avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2015).

Os entrevistados relataram que utilizam o sistema para registro dos atendimentos, além de outras formas de monitoramento:

[...] em relação aos indicadores, desde 2014 nós alimentamos uma planilha do Excel que possibilita acompanhar através do número do prontuário ou nome da usuária a gestação, abortamento, procedência, se encaminhada ou demanda espontânea, se chegou dentro de 72 horas ou não (Hibisco).

Tem os indicadores que são avaliados mensalmente e são apresentados pelo gestor em período previamente definido, a partir de um fluxograma, o número de atendimentos por faixa etária, número de atendimento por sexo, o número de terapias antirretrovirais que nós administramos em pacientes que têm o atendimento dentro das 72 horas (Lavanda).

Para caracterização sobre o número de casos de violência em 2020 e 2021, cujas vítimas buscaram o serviço, demonstro nas tabelas seguintes, a partir dos dados coletados nos relatórios de atendimentos: a sua composição por sexo (tabela 1), gestações decorrentes de violência (tabela 2) referentes a 2020; e por faixa etária (tabela 3), sexo (tabela 4) e gestações (tabela 5), apresento os dados correspondentes ao primeiro quadrimestre de 2021.

Importa informar que os casos, segundo os relatos dos(as) inqueridos(as), são demandados tanto de forma espontânea, como encaminhados pelo Conselho Tutelar, ou outras unidades de saúde. São acolhidos pela equipe assistencial de acordo com o fluxo de atendimento, já exposto, definido no Protocolo Assistencial. Iniciando sempre pelo ambulatório, percorrendo os setores de serviço social ou enfermagem, consulta médica ginecológica, laboratório, assistência farmacêutica, internação (se necessário) e retornando para o seguimento ambulatorial com a ginecologia e psicologia e/ou sexologia.

Tabela 1: Número de atendimentos por sexo

2020	FEMININO	MASCULINO
JANEIRO	5	2
FEVEREIRO	11	0
MARÇO	16	1
ABRIL	3	0
MAIO	5	1
JUNHO	5	2
JULHO	12	1
AGOSTO	12	1
SETEMBRO	15	0
OUTUBRO	18	1
NOVEMBRO	17	2
DEZEMBRO	7	0

Fonte: Relatório do atendimento de casos de violência do Ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia, HUUFMA/2020.

Quanto ao sexo, os registros evidenciam que apesar do fenômeno da violência atingir homens e mulheres de todas as raças e classes sociais, como apresentado no decorrer do estudo, as mulheres são as que mais sofrem. No ano de 2020, houve 137 casos de violência sexual, sendo 126 contra mulheres.

Tabela 2: Número de gestações / abortos realizados

2020	GESTAÇÃO	ABORTO
JANEIRO	4	1
FEVEREIRO	3	1
MARÇO	3	1
ABRIL	2	0
MAIO	1	1
JUNHO	3	0
JULHO	3	0
AGOSTO	0	0
SETEMBRO	7	3
OUTUBRO	10	4
NOVEMBRO	8	0
DEZEMBRO	2	1

Fonte: Relatório do atendimento de casos de violência do Ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia HUUFMA/2020.

Em relação ao quantitativo de gestações decorrentes da violência, o estudo apontou que o número de gestações (46) é bem superior ao número de procedimentos de interrupção da gravidez, previsto em lei, realizado (12).

Quando perguntados sobre o motivo desse resultado, os(as) inqueridos(as) responderam que algumas mulheres buscam o serviço após o

período recomendado para realização do procedimento, entre a 20^a a 22^a semana de gestação.

[...] muitas chegam num período que não é mais possível fazer o procedimento, porque a Lei dá liberdade de escolha, mas ela limita, diz como que tem que ser feito, sim. Então, muitas “delas” já chegam no período que não é mais possível ser feito o abortamento (Vitória-régia).

Tabela 3: Número de atendimentos por faixa etária

2021	CRIANÇA	ADOLESCENTE	MULHER	TOTAL
JANEIRO	7	11	3	21
FEVEREIRO	2	10	1	13
MARÇO	3	8	2	13
ABRIL	1	12	2	15

Fonte: Relatório do atendimento de casos de violência do Ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia HUUFMA/2021.

A tabela 3 confirma que crianças e adolescente são as maiores vítimas de violência sexual (54), cujo agressor é uma pessoa próxima, o pai, padrasto, tios, vizinhos ou outros do seu convívio.

Tabela 4: Número de atendimento por sexo

2021	FEMININO	MASCULINO
JANEIRO	20	1
FEVEREIRO	12	1
MARÇO	11	2
ABRIL	13	2

Fonte: Relatório do atendimento de casos de violência do Ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia HUUFMA/2021.

Consoante aos dados expostos relativos ao ano de 2021, são as mulheres que sofrem mais violência. Vale destacar que os números apresentados revelam tão somente os casos que buscam atendimento.

Tabela 5: Número de gestações / abortos realizados

2021	GESTAÇÃO	ABORTO
JANEIRO	10	3
FEVEREIRO	7	3
MARÇO	6	3
ABRIL	8	1

Fonte: Relatório do atendimento de casos de violência do Ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia HUUFMA/2021.

Quanto ao número de casos de violência sexual que resultaram em gravidez indesejada em 2021, mais uma vez foi evidenciado que as mulheres

são as mais violadas, no que se refere ao acesso ao serviço, haja visto o número de abortamentos efetivamente realizados.

Quanto à relevância do serviço, enquanto ambiente de acolhimento e de participação, os(as) entrevistados(as) fizeram as seguintes observações:

Acho que a gente evoluiu muito, pois desde o momento que “ela” é atendida é explicado a situação e prováveis encaminhamentos. Se ela chega antes de 72 horas será prescrito toda medicação antirretroviral até o quinto dia, é feita a prevenção da gravidez, na emergência, e em caso de paciente gestante ela tem toda uma orientação com a psicóloga sobre as opções de interrupção da gravidez. Caso a detecção da gravidez for de até 22 semanas, além disso, ela tem também a opção de levar a gestação e doar o filho ou tem a opção de manter gestação e ficar com filho (Hortência).

Este é um espaço sim, de empoderamento dessa mulher, porque ela vai ter acesso à informação, ao conhecimento. (Antúrio).

Começamos a trabalhar em 2019 com um grupo de mulheres que se reunia com psicólogo, assistente social, sexóloga, e por vezes, o psiquiatra, numa roda de conversa. Surgiu de algumas mulheres durante as consultas com ginecologista que falaram da questão de ter um espaço de escuta e fala, a gente começou a fazer (Hortência).

Para nortear políticas públicas que supram as necessidades das mulheres em situação de violência sexual, é fundamental compreender o tema da violência sexual, enquanto violação dos direitos humanos e como grave problema de saúde pública. Nesse sentido, Drezett (2003) aponta que:

[...] nos últimos anos a violência de gênero vem sendo crescentemente remetida à área da saúde. Isso resulta não apenas da melhor compreensão dos agravos causados para a saúde física e mental das mulheres, mas da percepção do espaço da saúde como espaço privilegiado para tratar o problema (D’OLIVEIRA e SCHRAIBER, 1999 apud DREZETT, 2003).

Entretanto, apesar da importância dos serviços de saúde na materialização das ações de implementação de políticas para as mulheres, esse campo ainda não reconhece o seu relevante potencial. Drezett (2003) atribui essa falta de sensibilidade quanto a sua importância ao fato de os profissionais envolvidos no atendimento terem recebido pouco ou nenhuma informação sobre violência de gênero ou temáticas relacionadas, durante o seu processo de formação acadêmica.

É muito comum na área da saúde, o tema da violência ser visto como uma questão policial, afastando profissionais por receio de envolvimento com a

justiça. Essa postura compromete o desenvolvimento do trabalho, pois sobrevaloriza estereótipos que impactam em aspectos técnicos e éticos.

Uma outra constatação verificada nos órgãos de notificação está relacionada as poucas evidências físicas deixadas pelo ato de violência sexual, sobretudo em se tratando de adolescentes e mulheres adultas, cujo mecanismo utilizado é a grave ameaça. Geralmente, é necessário comprovar a violência por meio de elementos materiais. Quando a violência resulta em lesões, estas recebem o tratamento devido, mas nos casos de situações que deixam pouco ou nenhum vestígio, as mulheres são desacreditadas e recebem menor atenção nos serviços.

A assistência à saúde no atendimento às situações de violência sexual não deve se limitar a perícias e buscas de evidências de um evento, mas priorizar o acolhimento. Uma vez que as marcas deixadas estão para além de tais evidências e essas atitudes reforçam a desigualdade de gênero.

Por fim, reafirmo a relevância do Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual desenvolvido no HUUFMA, que reflete a luta histórica das feministas por saúde e direitos reprodutivos que teve como marco a implantação do PAISM e tem neste serviço o reconhecimento das mulheres como sujeito de direito.

No entanto, o fato da existência do serviço não é mais suficiente, é preciso aprofundar e verificar a qualidade do serviço que é prestado a população.

4 CONCLUSÃO

À guisa de conclusão, destaco os aspectos que nortearam a análise sobre o serviço especializado de atendimento às mulheres em situação de violência ofertado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, com ênfase nas ações definidas como de enfrentamento ao fenômeno da violência de gênero desenvolvidas pela instituição, enquanto espaço de operacionalização da rede de assistência na área da saúde.

O fenômeno da violência contra a mulher por muito tempo foi invisibilizado na sociedade ou naturalizado enquanto uma questão do âmbito privado. Contudo, na atualidade, desafia o Estado e os organismos que compõem a rede protetiva, pois, é mister que seja dada resposta a sociedade frente aos números alarmantes de agressões de vários tipos, inclusive a violência sexual.

Os serviços especializados de atendimento na área da saúde cumprem um papel fundamental na identificação dos casos que muitas vezes não chegam a ser denunciados em delegacias ou outros órgãos da justiça ou segurança pública.

Os objetivos deste trabalho foram: caracterizar o atendimento ofertado às mulheres em situação de violência atendidas no HUUFMA a partir da identificação do serviço, da equipe e dos insumos disponíveis; conhecer os encaminhamentos realizados, orientações e demais atividades desenvolvidas durante o acompanhamento dos casos de violência sexual; e verificar a existência de sistema de informação, mecanismos de monitoramento, controle e avaliação das ações previstas.

Nessa análise foi realizada uma pesquisa de campo envolvendo 12 profissionais que demonstraram compreensão acerca do serviço, do desenvolvimento de suas práticas no serviço especializado e a participação na construção de uma consciência política feminista que produz a reflexão sobre a condição da mulher na sociedade.

Durante o processo de construção do objeto de pesquisa, deparei-me com obstáculos, devido a Pandemia do Novo Coronavírus, sendo necessário redimensionar o projeto original para dá continuidade ao estudo, como a impossibilidade de investigar as usuárias do serviço, e outros profissionais, cujo

pensamento diverge da maioria dos que aceitaram o convite para participar da pesquisa. Embora tenha me esforçado para incluí-los na pesquisa empírica, não tive a mesma receptividade igual aos demais.

No entanto, dado o panorama no qual a pesquisa foi desenvolvida, no contexto da pandemia e atual conjuntura política, acredito que cumpri com aquilo que me propus realizar e as limitações encontradas neste trabalho dão vazão e servem de estímulo para novos estudos.

A principal questão norteadora foi tentar compreender de que forma os serviços são ofertados às mulheres em situação de violência, considerando a necessidade do reconhecimento da violência sexual enquanto questão de saúde pública, e nesse sentido, quais as características da intervenção no cotidiano da instituição e se estas contribuem para instauração de uma nova dinâmica na atenção à saúde da mulher, na perspectiva da integralidade do cuidado.

O objetivo geral foi atingido, no sentido de realizar uma análise que supere uma mera constatação do que foi apresentado pelos entrevistados, contribuindo para dá visibilidade aos sujeitos envolvidos a partir da dimensão política. Houve a escuta sobre a percepção dos sujeitos acerca do serviço, entraves e possibilidades, além da reciprocidade de informações sobre temas relevantes para ampliação da consciência política e compreensão da violência de gênero contra a mulher na escala da violação dos direitos humanos.

Da mesma forma os objetivos específicos propostos foram cumpridos, na medida em que, a caracterização do serviço, sua dinâmica, interesses, processos e fragilidades foram desnudados, além da verificação da existência de mecanismos de monitoramento e avaliação.

A pesquisa possibilitou reconhecer o campo da saúde enquanto um espaço privilegiado de reflexão e ação de práticas que contribuem para mudanças de comportamento sobre a desigualdade de gênero.

Compreendo este espaço como potencial *locus* de empoderamento da mulher e enfrentamento do fenômeno da violência de gênero. Porém, foi constatado que ainda persiste muitos equívocos acerca do atendimento, uma vez que se valoriza os aspectos clínicos, a busca em prestar um atendimento que trate dos danos e agravos físicos tratados com certa resolutividade, enquanto o acolhimento não é visto com a mesma importância.

Portanto, há de se rever essas práticas, considerando o grande potencial que dispõe o campo da saúde, com níveis de organização já consolidados ao longo do tempo, desde a implantação do SUS, uma grande conquista para sociedade na luta pela democratização da saúde pública, mobilizada pelos movimentos sociais organizados.

A contrarreferência foi destacada como o maior entrave para efetivação da política de enfrentamento à violência contra as mulheres. Uma vez que não é garantido o seguimento do tratamento necessário, tampouco a inclusão das usuárias em políticas que contribuam para sua emancipação.

O Estado tem a responsabilidade de garantir a oferta dos serviços na rede protetiva, de enfrentamento e atendimento, conforme prevê a Lei Maria da Penha, de forma multidisciplinar e interinstitucionais nos diversos setores, especialmente a Secretaria de Segurança Pública, Secretaria da Mulher, Secretaria de Educação, Cultura e Saúde e a sociedade civil, através de medidas mais efetivas que possam alterar os indicadores atuais de violência.

Os gestores municipais devem assumir suas competências no que concerne ao enfrentamento a violência sexual, através da execução das políticas e a manutenção das ações que são desenvolvidas, potencializando os serviços com adoção de medidas que favoreçam o acesso dos(as) usuários(as), bem como, a implantação de canais de discussão sobre a violência de gênero de forma transversal, em várias frentes, principalmente na rede de educação de forma a criar uma cultura de desconstrução de valores machistas.

Essas reflexões possibilitaram desvelar algumas mediações presentes nessas concepções. É fato que muitas gerações se passaram desde a criação do patriarcado. Que na atualidade as mulheres ocupam os mesmos espaços públicos que os homens historicamente sempre ocuparam. Muitas dessas mulheres já se destacaram nos espaços de poder desde as pioneiras sufragistas, como a primeira presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, além de grandes pesquisadoras, cito Berta Lutz e a escritora Carolina de Jesus que tiveram grande destaques em suas áreas. Contudo, pela amplitude das relações contraditórias que permeiam a sociedade, as mulheres continuam subjugadas a uma cultura de dominação e exploração que é legitimada em discursos conservadores que incorporam novas faces do patriarcado hoje.

Essas concepções estão presentes nas instituições como a família, religião, e o judiciário. Na rede pública de saúde podemos encontrar os meios para transpor essa condição, dada a sua trajetória de acolher a diversidade. É incompatível trabalhar na saúde pública com população marginalizada, excluída e estigmatizada e agir com indiferença frente a situação de violência contra mulher e a negação do seu direito de ser acolhida e atendida com resolutividade e integralidade do cuidado. Os serviços especializados são espaços de formação e divulgação de novas culturas sob pena de não avançar no projeto de democratização da saúde e a plena implantação do sistema criado para atender a coletividade.

Os(as) profissionais do HU-UFMA têm o enfrentamento no atendimento às mulheres que buscam o serviço de saúde enquanto trabalhadores(as) da saúde, mas também pela sua consciência e compromisso com as lutas coletivas.

É preciso fortalecer esse espaço e avaliar os atendimentos focados apenas nas questões mais técnicas, pragmáticas, que prioriza o julgamento e a explicação das ações sob uma ótica meramente científica fundadas na epidemiologia, e fazer análises mais críticas que percebam os múltiplos determinantes que deram origem a situação que se apresenta e o contexto em que está inserida. Deste modo, acredito que podemos oferecer respostas mais consistentes e contribuir para aprimoramento das políticas públicas.

Essa ação não pode ser responsabilidade apenas do profissional, o gestor tem o dever de garantir as condições para que o serviço tenha resolutividade, que tenha e operacionalize o fluxo, mas principalmente que os profissionais possam trabalhar com segurança, sem ameaças e se sintam valorizados, que possam participar de programas de formação continuada, do desenvolvimento de projetos de pesquisa, se inserir nos movimentos sociais e lutar pela garantia dos direitos legalmente constituídos.

Por fim, é importante conter o avanço do conservadorismo e a propagação da misoginia para o desenvolvimento de novas racionalidades que provoquem transformações nas relações sociais, incluindo a participação das mulheres na luta contra o patriarcado e o sexismo no capitalismo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Pollyanna. **Amor ou abuso**: como identificar se você está em um relacionamento abusivo. Disponível em <https://www.bbc.com › portuguese › geral-52998256>. Acesso em: 16 set. 2021.
- ALAMERT, Zuleika. **Feminismo: o ponto de vista marxista**. São Paulo: Nobel, 1986.
- ALEMANY, Carme. Violências. In: In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo**, 2009 p. 271-275.
- ALMEIDA, Suely Sousa de (org.). **Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro**: UFRJ, 2007.
- ANDRADE, Mailô de Menezes Vieira. **"Ela não mereceu ser estuprada"**: a cultura do estupro, seus mitos e o (não)dito nos casos penais. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Direito (PPGD) Instituto de Ciências Jurídicas. Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
- APFELBAUM, Erika. Dominação. In: In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo**, 2009 p. 76-80.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. In: **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 465-469, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjfPt5Rx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência, gênero e poder: múltiplas faces. In: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane; ZANELLO, Valeska; SILVA, Edlene; PORTELA, Cristiane (org.). **Mulheres e violências**: interseccionalidades, Brasília: Technopolitik, 2017 pp. 14-35.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BOITO Jr, Armando. O caminho brasileiro para o fascismo. **Caderno CNH**, Campinas, v. 34, p. 1-23, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v34i0.35578>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kühner. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOLSONARO é condenado a indenizar Maria do Rosário por ofensa sobre estupro, **Veja**. 17 set 2015. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/bolsonaro-e-condenado-a-indenizar-maria-do-rosario-por-ofensa-sobre-estupro/> Acesso em 10 de abril 2022.

BRASIL. **Código Penal - Decreto-lei 2848/40 | Decreto-lei no 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40>. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072.htm. Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Programa bolsa família: uma década de inclusão e cidadania / organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri**. – Brasília: Ipea, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2082/4/Livro>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.340/2006** de 07 de agosto 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/atos2004-2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 08 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.263/1996** de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 21 mar 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: **bases de ação programática**, 1985. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes> >. Acesso em: 06 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Secretaria de Política para as Mulheres. **Norma técnica para a atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual**, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.** – Brasília: 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485**, de 1º de abril de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt048501/04/2014.html>. Acesso em: 07 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11**, de 7 de janeiro de 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em 31 mar 2022.

BRASIL. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infantil juvenil.** 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf. Acesso em: 28 out 2020.

BRASIL. **Plano nacional de políticas para as mulheres 2005.** Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/spmulheres>. Acesso em 05 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.** Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, C. H. de. MACHADO, L. Z. NUNES, J. K. SILVA, A. dos R. Cultura do estupro ou cultura antiestupro? **Revista direito GV**, São Paulo v.3, n. 3, p. 982-1006, 2017.

CAPELLA, Ana Claudia N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007.

CASTRO, Lana Weruska Silva. **O crime passional de Doca Street.** Canal Ciências Criminais. 18 dez. 2020. Disponível em: <https://canalcienciascriminais.com.br/crime-passional-doca-street/> Acesso em: 12 abr. 2022.

CKAGNAZAROFF, Ivan Beck. Gestão social: uma visão introdutória. In: CARNEIRO, D. B. L.; COSTA, B. L. D. **Gestão social: o que há de novo?** Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.

COLLIN, Françoise. Diferença dos sexos (teorias da). In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo**, 2009 p. 59-66

CORRÊA, Mariza. **Os crimes da paixão**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CRP-PR, Conselho Regional de Psicologia do Paraná. **Guia de orientação – avaliação psicológica – processo transexualizador**. Disponível em: <https://crppr.org.br/guia-de-orientacao-avaliacao-psicologica-processo-transexualizador/#:~:text=O%20Processo%20Transexualizador%2C%20realiza%20pelo,identidade%20de%20g%C3%AAnero%20e%20social>. Acesso em: 26 mar 2022.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, Maria Berenice. **A Lei Maria da Penha na justiça**. São Paulo: Revista dos tribunais, 2007.

DIAS, Marly de Jesus Sá. **Feminização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva na saúde pública: rebatimentos no Serviço Social e na Medicina no HUUFMA**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas), Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.

DINIZ, D. Aborto e saúde pública no Brasil. In: **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/43jcQvm8tKHNZBCyLStzGMp/?lang=pt>. Acesso em 25 mar 2022.

DREZETT J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Revista de psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 36-50, 2003. Disponível em: <https://assetsdossiesipgv2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/2/2018/02/jefferson-drezett-violencia-sexuak.pdf>. Acesso em 16 jan. 2022.

EBSERH/HUUFMA, **Hospital do Maranhão inicia linha de cuidado de atenção às vítimas de violência sexual**. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/pt/web/portal-ebserh/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/2583114/2017-11-hospital-do-maranhao-inicia-linha-de-cuidado-de-atencao-as-vitimas-de-violencia-sexual. Acesso em 10 dez. 2020.

EBSERH/HUUFMA, **Indicadores de atendimento à violência sexual**, março de 2020, (mimeo).

EBSERH/HUUFMA, **Plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (sars-cov-2) do HU-UFMA**. Disponível em: <http://equali.huufma.br/page/documentdetails?nodeRef=workspace://SpacesStore/7d2a8146-a4f6-4caf-a9a6-1eae7604c76>. Acesso em: 06 mar. 2022.

ENGEL, Cíntia Liara. As atualizações e a persistência da cultura do estupro no Brasil texto para discussão / **Instituto de pesquisa econômica aplicada. - Ipea**: Rio de Janeiro, 2017.

FABRÍCIO, Branca. Mulheres emocionalmente descontroladas: identidades generificadas na mídia contemporânea. **D.E.L.T.A.**, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 235-263, 2004.

FACURI, C. de O; FERNANDES, A. M. dos S; OLIVEIRA, K. D; ANDRADE, T. dos S; AZEVEDO, R. C. S. de. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 890-898, 2013.

FERREIRA, Maria Mary (org.). **Protagonismo político de mulheres no Maranhão**: um debate para pensar e superar a sub-representação. São Luís: NIEPEM; GERAMUS; NEGESF, 2019.

FERREIRA, Maria Mary. Movimento de mulheres e feministas e sua ação anticapitalista no Brasil e Maranhão. **Revista de políticas públicas**, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, v. 18 Numero especial, p. 359-367, 2014.

FOSTER, David William. Consideraciones sobre el estudio de la literatura latino-americana. **Letras**, Santa Maria, n. 22, p. 49-53, 2001.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 11ª Edição. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum brasileiro de segurança pública, 2019. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em: 22 dez 2021.

GARCIA, Carla Cristina. **Breve histórico do movimento feminista no Brasil**, 2015. Disponível em: <https://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2015/08/Capitulo-brasil-historia-do-feminismo.pdf>. Acesso em 25 fev. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOMES, Camilla de Magalhães. Gênero como categoria de análise decolonial. Civitas, **Revista brasileira de ciências sociais**, Porto Alegre, v.18 n. 1, 2018.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e queixas**: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GREGORI, Maria Filomena; DEBERT, Guita. Violência de gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n66/11.pdf>> Acesso em 09 jan. 2020.

GUIMARÃES, A.C.M; K.S. RAMOS. Sentimentos de mulheres na vivência do abortamento legal decorrente de violência sexual. **Revista da escola de enfermagem da UFPE**, Recife, p. 2349-2356, 2017.

HIRATA, Helena, LABORIE, Françoise, LE DOARÉ, Helene, SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009.

HIRATA, Helena; Zarifian Philippe. Trabalho (conceito de). In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo**, São Paulo: UNESP, 2009, p. 251-256.

HUUFMA. **Protocolo assistencial de atendimento à pessoa em situação de violência sexual**. São Luís, 2021 (mimeo).

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da violência no Brasil**. Rio de Janeiro, 2020, Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 28 out. 2020.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estupro no Brasil**: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. Rio de Janeiro, 2017.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LABRONICI, L M; FEGADOLI, D; CORREA, M E C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 401-406, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 19 mai. 2021.

LEITE, Francisco Tarciso. **Metodologia científica**: métodos e técnicas de pesquisa - monografias, dissertações, teses e livros. Aparecida: Ideias e letras, 2008.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado**: história da opressão das mulheres pelos homens. Tradução Luiza Sellera, São Paulo: Cultrix, 2019.

MARANHÃO, Caroline Santos. **A delegacia especial da mulher de São Luís (MA) à luz da Lei Maria da Penha: uma reflexão sobre as práticas institucionais de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher.** Dissertação de mestrado em políticas públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

MARANHÃO. Ministério Público do Maranhão. Centro de Apoio Operacional Criminal (CAOp-Crim). **Relatório sobre o número de mortes violentas intencionais na Grande Ilha de São Luís, 2021.** Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/index.php/lista-de-noticias-gerais/18262-sao-luis-caop-criminal-divulga-relatorio-sobre-numero-de-mortes-violentas-na-grande-ilha>. Acesso em 27 set 2021.

MARANHÃO. Núcleo Especializado da Defensoria Pública. **Relatório da coordenadoria estadual da mulher em situação de violência doméstica e familiar do tribunal de justiça do estado do Maranhão.** São Luís, 2020. Disponível em: <https://defensoria.ma.def.br/dpema/portal/noticias/6991/2-400-agressoes-em-apenas-8-meses>. Acesso: 10 ago. 2021.

MARANHÃO. Secretaria de Segurança Pública. **Delegacia especial da mulher/MA.** Relatório anual. São Luís, 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social.** NESP n.1. São Paulo: PUCSP, 1994.

MATHIEU, Nicole-Claude. Sexo e gênero. In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo**, 2009 pp. 222-230.

MATTAR, R; ABRAHÃO, A R; NETO, J A; COLAS, O R; SCHROEDER, I; MACHADO, S J R; MANCINI, S; VIEIRA, B A; BERTOLANI, G B M. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abarasco, 2007.

MOLINIER, Pascale; WELZER-LANG, Daniel. Feminilidade, masculinidade, virilidade. In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo.** São Paulo: UNESP, 2009.

MOREIRA, Adélia. 3 benefícios e 3 desafios da Lei do Feminicídio. In: Comissão Nacional de Gênero e Violência Doméstica do Instituto Brasileiro de Direito de Família – **IBDFAM**, 2021. Disponível em: [https://ibdfam.org.br > notícias](https://ibdfam.org.br/noticias). Acesso em: 07 dez. 2021.

OEA, Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de Belém do Pará”**. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 18 out. 2021.

PAIVA, L M Lima; SABADEL Ana Lucia. O crime de estupro à luz da epistemologia feminista: um estudo de casos no STF. **Revista Delictae**, v. 3, n. 4, p. 110-155, 2018.

PANDJIARJIAN, Valéria. Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil. In: DINIZ, Simone; SILVEIRA, Lenira; MIRIM, Liz (org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) – alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Tradução Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4403853/mod_resource/content/1/O%20Contrato%20Sexual%20-%20Carole%20Pateman.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

PENNA, JOÃO CAMILLO. **O segundo sexo**, São Paulo, v. 11, 2018. Disponível em <https://joaocamillopenna.files.wordpress.com/2018/03/beauvoir-o-segundo-sexo-volume-11.pdf>. Acesso em 30 abr. 2021.

PEREIRA, Bérengère Marques. Cidadania. In: HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARÉ, Helene; SENOTIER, Daniele (org.). **Dicionário crítico do feminismo**, 2009 pp 35-39.

REBRATS **Rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde** <https://rebrats.saude.gov.br/?Itemid=121>. Acesso em 17 jul. 2020.

ROCHA, Lourdes de Maria Leitão Nunes; DIAS, Marly de Jesus Sá; LEMOS, Silse Teixeira de Freitas. **Organismos executivos de políticas para mulheres no Maranhão: desafios e perspectivas**. São Luís: Halley S. A. Gráfica e Editora, 2015.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**, s.n.t. (mimeo). Disponível em: <https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-gestao-de-politicas-publicas/processo-seletivo/SiteAssets/Paginas/default/RUA.pdf>. Acesso em 28 out 2021.

SÃO LUIS. Hospital Municipal Dr. Clementino Moura / Setor de Atividades Especiais Espaço Mulher, SAEEM. **Relatório anual de atividades**. São Luís, 2020 (mimeo).

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

- SAFFIOTI, Heleieth I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.
- SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. O modelo predominante de masculinidade em questão. **Revista de políticas públicas**, Universidade Federal do Maranhão, São Luís v. 14, n. 1, p. 59-65, 2010.
- SCOTT, Joan– Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Disponível em: https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf. Acesso em 09 nov. 2019.
- SCOTT, Joan. Gênero: **uma categoria útil de análise histórica**. Tradução: Guacira Lopes Louro. Educação e realidade, Porto Alegre, v.15, n. 2, p. 71-99, 1995.
- SILVA, Carmen Silvia Maria da; Camurça, Sílvia. **Feminismo e movimentos de mulheres**. Recife: SOS CORPO, 2013.
- SILVA, Evandro Lins e. [Explicação da defesa, 1976] In: **Praia dos ossos** [Episódio 2. O julgamento]. Produção de Claudia Nogarotto. Apresentação e idealização: Branca Vianna, Pesquisa e coordenação: Flora Thomson-DeVaeaux. Búzios: Rádio Novelo, 2019. Disponível em: Podcast <http://bi.ly/popplaylist>. Acesso em: 11 fev. 2022.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O padrão de proteção social e a reforma das políticas sociais no Brasil. **Revista de políticas públicas**, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, v. 4, n. ½, 2000.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e (org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e (org.). **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras Editora, 2011.
- SILVEIRA, Lenira Politano da. Serviços de Atendimento a mulheres vítimas de violência. In DINIZ, Simone; SILVEIRA, Lenira; MIRIM, Liz (org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.
- SOUSA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto, ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- TÁVORA, Mariana Fernandes; MACHADO, Bruno Amaral. O estupro na conjugalidade: ditos femininos escondidos. **Revista brasileira de ciências criminais**, São Paulo: RT, vol. 164, n. 28, p. 311-344, 2020.

VIANA, Alba Jean Batista; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares. O poder (in)visível da violência sexual: abordagens sociológicas de Pierre Bourdieu. **Revista de ciências sociais**, Fortaleza, v. 45, n. 2, p. 155-183, 2014.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. **Homicídio de mulheres no Brasil**. Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015>. Acesso em: 09 jan. 2020.

XAVIER, Anna Karina; ROSATO, Cássia Maria. Mulheres e Direitos: saúde sexual e reprodutiva a partir das conferências da ONU. **Revista Artemis**, João Pessoa, v. 21, p. 116-130, 2016.

ZAGO, Luís Henrique. O método dialético e a análise do real. **Revista kriterion**, Belo Horizonte, n. 127, p. 109-124, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Título da pesquisa **MUITO ALÉM DO ÓBVIO**: o confronto de olhares no enfrentamento da violência de gênero

Categoria profissional: n° arábico

Participante: nome de flores

1. Há quanto tempo você trabalha neste serviço especializado no HUUFMA?
2. Você já participou de alguma capacitação referente ao atendimento a pessoas em situação de violência?
3. Qual seu entendimento sobre divisão sexual do trabalho, desigualdade de gênero, violência sexual e dominação masculina?
4. Qual a sua compreensão sobre direitos sexuais e reprodutivos?
5. Como são definidas as ações e a divisão de responsabilidades dentro da equipe?
6. De que forma acontece a interface com a rede socioassistencial e protetiva?
7. São fomentadas boas práticas na saúde materna, conforme prevê o Ministério da Saúde? Se sim, em que momento?
8. Existe um instrumento de avaliação e monitoramento do serviço?
9. Você considera relevante o serviço para o reconhecimento de direitos e empoderamento da mulher? Por quê?
10. Você identifica desafios e potencialidades para realização do serviço especializado? Quais?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com a CARTA CIRCULAR N°003/2011 CONEP/CNS e Resolução CNS n° 466/12)

Título da pesquisa: **MUITO ALÉM DO ÓBVIO**: o confronto de olhares no enfrentamento da violência de gênero

Prezado(a) Senhor(a),

- Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) desta pesquisa, como participante, porque você é um dos profissionais que compõem o Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal.

- Daremos a você o tempo necessário e adequado para a tomada de uma decisão autônoma, consciente, livre e esclarecida sobre a sua participação ou não nesta pesquisa.

- O objetivo desta pesquisa é analisar o atendimento ofertado pelo Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no HUUFMA a partir de 2017.

- A pesquisa é importante porque se configura como um desafio diante da possibilidade de contribuir com reflexões acadêmicas para analisar o Serviço de Atenção às Mulheres em situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em São Luís – MA, bem como, compreender as ações de enfrentamento à violência de gênero no âmbito das políticas sociais, com a participação e a divulgação dos achados à população.

- Se você concordar em participar desta pesquisa, você será entrevistado(a) pelas pesquisadoras e precisará responder cerca de 10 perguntas; as pesquisadoras têm a intenção de gravar suas respostas através de um gravador para que nenhum aspecto importante de sua fala seja perdido, mas apenas se você concordar. Também não usaremos sua imagem. Se você não concordar em gravar a sua voz, a entrevista será feita apenas com as anotações pelo pesquisador baseadas em sua fala.

- Asseguramos que você terá um espaço com privacidade para que você possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua cultura.

-Você terá a garantia da confidencialidade das informações, sua privacidade será respeitada e garantimos a proteção de sua identidade, inclusive do uso de

sua fala transcrita e voz; acompanharemos também sua participação, se for o caso de você ser um membro da equipe multiprofissional, em reuniões, para observar como a reunião é conduzida e identificar outros aspectos importantes para alcançar o objetivo deste estudo.

- Esta pesquisa poderá expor você a riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas, para minimizar tais riscos, você terá a garantia de total sigilo de sua identificação, pois nos comprometemos a anotar somente um codinome, além de que os dados coletados serão utilizados para fins exclusivamente científicos; as pesquisadoras se comprometem ainda a guardar os áudios das entrevistas e transcrições das mesmas em local seguro, onde somente estes terão acesso aos mesmos. O momento da entrevista pode deixar você desconfortável e cansado; caso isso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e se desejar, poderá ser reiniciada no mesmo dia ou em outro dia, de acordo com sua disponibilidade. Para ser reiniciada no mesmo dia, retomaremos apenas quando você der a permissão para isso.

- Você terá como benefício direto com a pesquisa a oportunidade de trocar conhecimentos a partir das suas experiências com a temática e as informações adquiridas trazidas pela pesquisadora. Como benefícios indiretos, suas respostas ajudarão a compreender melhor o Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, poderão contribuir com elementos de análise e aprimoramento desse processo, contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado junto aos usuários, além de contribuir com o debate científico a respeito da temática.

- A participação nesta pesquisa também não trará a você nenhuma despesa e você não receberá qualquer pagamento por isso. Ainda assim, se for comprovado algum gasto, você terá a garantia de ressarcimento.

- Caso sejam identificados possíveis danos diretos/indiretos e imediatos/tardios provenientes desta pesquisa, você tem assegurado ainda o direito de buscar, por vias judiciais, a indenização.

- Você tem plena liberdade de aceitar ou se recusar a participar da pesquisa e poderá retirar seu consentimento ou ainda interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo.

- Há a garantia de manutenção do sigilo e de sua privacidade durante todas as fases da pesquisa; A qualquer momento durante a pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras Mary Ferreira (mmulher13@hotmail.com) ou pelo telefone/WhatsApp 98 8530-3474 e Leida Cabral (leida.cabral@hotmail.com) ou pelo telefone/WhatsApp 98 8809-1533, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. Poderá ainda consultar o CEP/HUUFMA- Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão para saber sobre os aspectos éticos desta pesquisa, de segunda

a sexta, das 8h às 17h, pelo telefone: (98) 2109-1250; Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís-MA, e-mail: cep@huufma.br.

- O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, em observância à Resolução CNS n° 466/12.

- Caso você aceitar participar desta pesquisa, você e as pesquisadoras responsáveis assinarão duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em cada via, todas as páginas devem ser rubricadas e a última página deve assinada. Uma dessas vias ficará com você e a outra com as pesquisadoras. Ao final da pesquisa e após publicação, você terá a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, para isso você pode assinalar seu e-mail abaixo do campo onde você assinará. Você terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Eu, _____, RG n° _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Autorizo que a entrevista seja gravada em áudio.

Não autorizo que a entrevista seja gravada em áudio.

São Luís-MA, de _____ de 2020.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

E-mail do participante:

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de Acesso e Acompanhamento das Situações de Violência Sexual no HUUFMA

PROTOCOLO DE ACESSO E ACOMPANHAMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HUUFMA

1 Entrada

- Demanda espontânea;
- Encaminhamento proveniente do Instituto Médico Legal (IML);
- Encaminhamento proveniente da DPCA (Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente);
- Encaminhamento proveniente da Casa da Mulher.

2 Acolhimento

- Recepcionista da Unidade Materno Infantil;
- Profissionais do Acolhimento e Classificação de Risco;
- Serviço Social;
- Profissionais da Enfermaria- ala D.

3 Seguimento

- Consulta no ambulatório infanto-juvenil;
- Consulta no Ambulatório de sexualidade;
- Terapia sexual individual;
- Atendimento em grupo terapêutico;
- Alta ambulatorial.

Anexo 2 - Ficha de Notificação Compulsória

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº			
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/trafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos da notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravador/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09			
	3	Data da notificação					
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora			<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros		
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade			
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)			
	9	Data da ocorrência da violência					
Dados de Residência	10	Nome do paciente			11	Data de nascimento	
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1 - Hom <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mãe <input type="checkbox"/> 4 - Anz	13	Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	14	Gestante		<input type="checkbox"/> 1-1º trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	15	Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9-Ignorado
	16	Escolaridade				<input type="checkbox"/> 1-1ª e 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica	
Dados Complementares	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe		
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)		
	21	Distrito					
	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)	26	Geo campo 1	
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência	29	CEP
	30	(DDD) Telefone		31	Zona	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	32	País (se residente fora do Brasil)					
	33	Nome Social		34	Ocupação		
	Dados da Pessoa Atendida	35	Situação conjugal / Estado civil			<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
36		Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:		
<input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3-Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado					
38		Possui algum tipo de deficiência/transstorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?		
<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)		
	42	Distrito					
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)	47	Geo campo 3	
	48	Geo campo 4					
	49	Ponto de Referência		50	Zona	<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)					
	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado						
54	A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/Agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação Institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Imã(o)ã	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa Idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento a Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Dados finais	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1-Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Município/Unidade de Saúde _____		Cod. da Unid. de Saúde/CNES _____	
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência Interpessoal/autoprovocada		Sinan	
SVS 15.06.2015			

Anexo 3 - Termo de Relato Circunstanciado

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1133 - F	Emissão: 26/07/2019	Versão: 00	Próxima Revisão: 00/00/0000
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 1º/09/2005		Revisão:	Aprovação:	
TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO				
Eu, _____ brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____ do mês _____ do ano de _____ às _____: _____, no endereço (ou proximidades - indicar ponto de referência) _____ _____ Bairro _____ Cidade _____ fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias: _____				
Em caso de AGRESSOR (es) CONHECIDO (os)				
Declaro ainda que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(s) de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____ cabelos _____ trajando (calça, camisa, camiseta, tênis e outros) _____ _____ outras informações (alcoolizado, drogado, condutor de veículo/tipo, outros) _____				
O crime foi presenciado por (se horver testemunhas) _____				
Em caso de AGRESSOR (es) DESCONHECIDO (os)				
Declaro ainda que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____ sendo meu/minha _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ou não (alcoolizado, drogado _____ O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____				
É o que tenho / temos a relatar				
Local e Data: _____, _____ de _____ de _____				
Nome: _____ Identificação: _____				
_____ Assinatura				
TESTEMUNHAS				
Profissional de saúde: Nome e Identificação _____				
Assinatura : _____				
Profissional de saúde: Nome e Identificação _____				
Assinatura : _____				

Anexo 4 - Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE									
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1135 - F	Emissão: 26/07/2019	Versão: 00	Próxima Revisão: 00/00/0000							
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 1º/09/2005		Revisão:		Aprovação:							
TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO											
<p>Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada pela usuária _____ portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____ registro hospitalar nº _____ G ___ P ___ A ___ com _____ de Idade Gestacional.</p> <p>Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.</p> <p>Local e Data: _____, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Médico: Ginecologista-obstetra Carimbo e Assinatura </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Assistente Social Carimbo e Assinatura </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Chefe do Serviço de Obstetria Carimbo e Assinatura </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Psicólogo Carimbo e Assinatura </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Com a ciência e a concordância de:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Representante da Comissão de Ética Médica (CEM/HU-UFMA) </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> _____ Superintendente do HU-UFMA </td> </tr> </table>						_____ Médico: Ginecologista-obstetra Carimbo e Assinatura	_____ Assistente Social Carimbo e Assinatura	_____ Chefe do Serviço de Obstetria Carimbo e Assinatura	_____ Psicólogo Carimbo e Assinatura	_____ Representante da Comissão de Ética Médica (CEM/HU-UFMA)	_____ Superintendente do HU-UFMA
_____ Médico: Ginecologista-obstetra Carimbo e Assinatura	_____ Assistente Social Carimbo e Assinatura										
_____ Chefe do Serviço de Obstetria Carimbo e Assinatura	_____ Psicólogo Carimbo e Assinatura										
_____ Representante da Comissão de Ética Médica (CEM/HU-UFMA)	_____ Superintendente do HU-UFMA										

Anexo 5 - Protocolo para Profilaxia Pós Exposição

	PRESCRIÇÃO (>40kg)
SÍFILIS	1ª ESCOLHA: PENICILINA BENZATINA 2.400.000 UI IM 2ª ESCOLHA: CEFTRIAXONA 500mg, IM, em dose única.
GONORRÉIA	CEFTRIAXONA 500mg, IM, em dose única.
CLAMÍDIA MICOPLASMA UREAPLASMA	AZITROMICINA 500mg, 02 comprimidos, VO, em dose única
TÉTANO (Contaminação com terra das lesões com terra durante a agressão ou lesões provocadas por objetos possivelmente contaminados)	VACINA ANTITETÂNICA (TOXÓIDE TETÂNICO) <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 3 doses ou ignorado: Aplicar o total de 3 doses em intervalo de 2 meses, entre as doses • 3 doses ou mais: aplicar 1 dose se estiverem decorridos mais de 10 anos da última dose. IMUNOGLOBULINA ANTITETÂNICA 250 UI/ml, IM, em local diferente da administração do toxóide tetânico. <ul style="list-style-type: none"> • Se comprovar ter feito o esquema completo (3 doses) de vacinação anteriormente, não há necessidade da imunoglobulina.
HEPATITE B (Quando a vítima não está imunizada de acordo com as sorologias ou quando não se sabe história vacinal)	- IMUBOGLOBULINA HIPERIMUNE 0,06 ml/Kg de peso, IM OU - GAMAGLOBULINA HIPERIMUNE NORMAL, 01 ampola 320 mg/20 kg, IM (Profilaxia deve ser feita em até 14 dias após o episódio no CRIE do HUMI; Encaminhar para fazer esquema vacinal).
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (Prescrever até o 5º dia após o episódio de violência sexual)	LEVONORGESTREL 1,5mg, 01 comprimido, VO, em dose única OU LEVONORGESTREL 0,75mg, 02 comprimidos, VO, em dose única;

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV (>40kg) – 28 dias			
1ª ESCOLHA	TDF ^(a) (Tenofovir) + 3TC (Lamivudina)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) ou Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comp. VO 1x/dia 1 comp. VO 1x/dia 2 comp. VO 1x/dia
	DTG ^(b) (Dolutegravir)	Comprimido DTG 50mg	1 comp. VO 1x/dia
GESTANTES (>14 semanas)	TDF ^(a) (Tenofovir) + 3TC (Lamivudina)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) ou Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comp. VO 1x/dia 1 comp. VO 1x/dia 2 comp. VO 1x/dia
	RAL (Raltegravir)	Comprimido RAL 400mg	1 comp. VO 2x/dia
GESTANTES (<14 semanas)	TDF ^(a) (Tenofovir) + 3TC (Lamivudina)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) ou Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comp. VO 1x/dia 1 comp. VO 1x/dia 2 comp. VO 1x/dia
	ATV/r ^(c) (Atazanavir + Ritonavir)	Comprimido ATV 300mg + Comprimido RTV 100mg	1 comp. VO 1x/dia 1 comp. VO 1x/dia

^(a) TDF (tenofovir) está contraindicado em pessoas com insuficiência renal aguda

^(b) DTG (dolutegravir) está contraindicado em mulheres com suspeita de gravidez e em pessoas que estejam em uso de: fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, carbamazepina, dofetilida ou pilsicainida.

^(c) ATV/r (atazanavir + ritonavir) não devem ser ministrados concomitantemente com medicações que interfiram na acidez gástrica como inibidores da bomba de próton (por exemplo, omeprazol) ou antagonistas de receptores H2 (por exemplo, ranitínida). Devem ser administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente de 12 h.

Anexo 6 - Parecer Técnico

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1134 - F	Emissão: 26/07/2019	Versão: 00	Próxima Revisão: 00/00/0000
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 1º/09/2005		Revisão:	Aprovação:	
PARECER TÉCNICO				
<p>Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____ portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____ manifesto-me pela compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual alegada, conforme descrição gineco-obstétrica. _____</p>				
<p>Local e Data: _____, _____ de _____ de _____</p>				
<p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo do médico</p>				

Anexo 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido / Interrupção de Gravidez Resultante de Violência Sexual

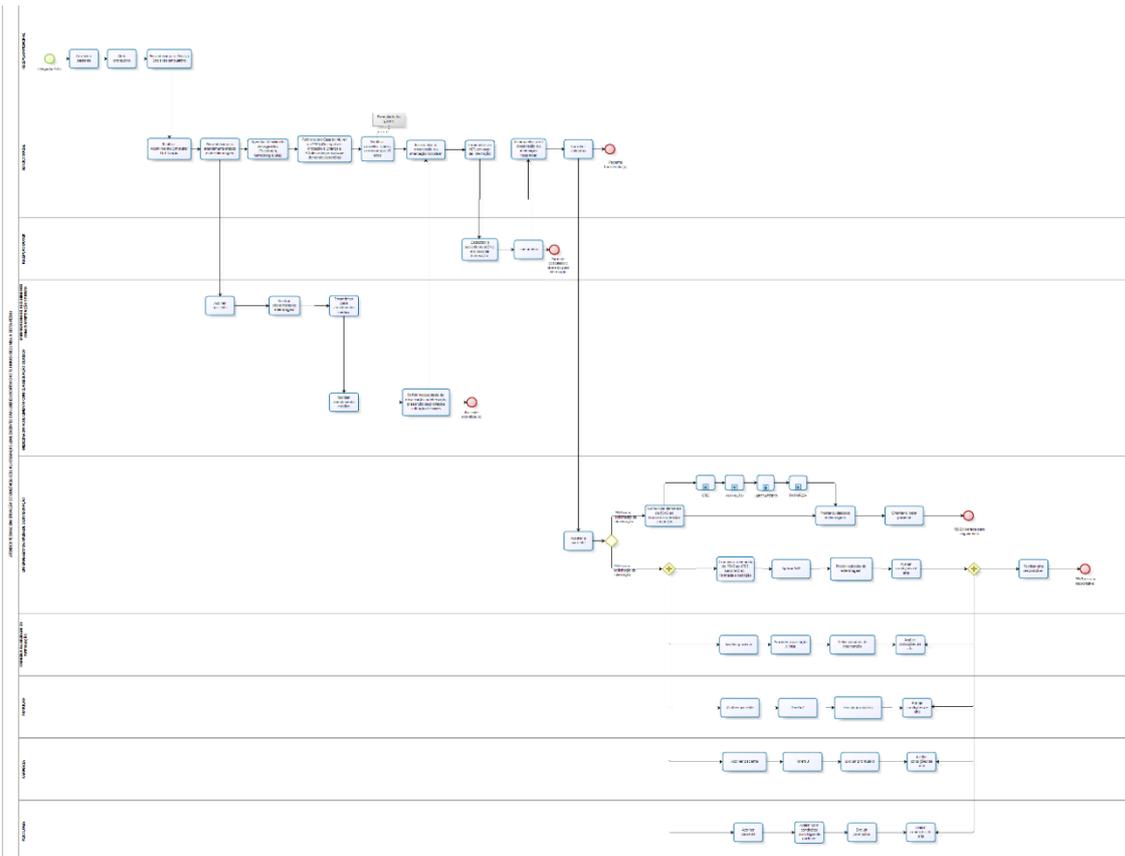
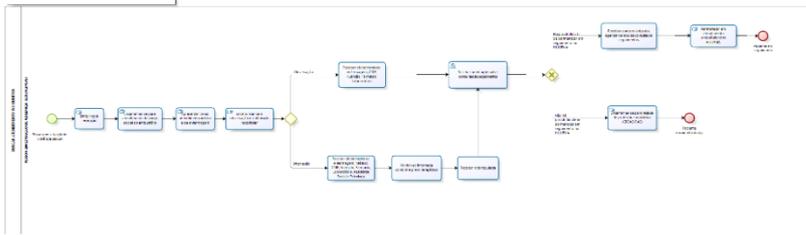
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE				
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1137 - F	Emissão: 26/07/2019	Versão: 00	Próxima Revisão: 00/00/0000
Elaboração: Portaria/M5 nº 1.508, de 1º/09/2005		Revisão:	Aprovação:	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - interrupção de gravidez resultante de violência sexual				
<p>Por meio deste instrumento, eu _____</p> <p>portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____ registro hospitalar _____</p> <p>e/ou meu representante legal/responsável _____</p> <p>portador do documento de identificação tipo _____ nº _____ em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.</p> <p>Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.</p> <p>Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.</p> <p>Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.</p> <p>Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) aos procedimentos necessários.</p> <p style="text-align: center;">Local e Data: _____, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Nome, Identificação e Assinatura</p> <p>TESTEMUNHAS:</p> <p>Nome: _____ Identificação: _____</p> <p>Assinatura : _____</p> <p>Nome: _____ Identificação: _____</p> <p>Assinatura : _____</p>				

Anexo 8 - Termo de Responsabilidade

		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		
Tipo de Documento: FORMULÁRIO	FOR.GAS.1136 - F	Emissão: 26/07/2019	Versão: 00	Próxima Revisão: 00/00/0000
Elaboração: Portaria/MS nº 1.508, de 1º/09/2005		Revisão:	Aprovação:	
TERMO DE RESPONSABILIDADE				
<p>Por meio deste instrumento, eu _____</p> <p>portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____ ou legalmente representada por _____ portadora do documento de identificação tipo _____</p> <p>nº _____ assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.</p> <p style="text-align: center;">Local e Data: _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Nome, Identificação e Assinatura</p>				
TESTEMUNHAS				
Nome e Identificação _____		RG _____		
Assinatura : _____				
Nome e Identificação _____		RG _____		
Assinatura : _____				

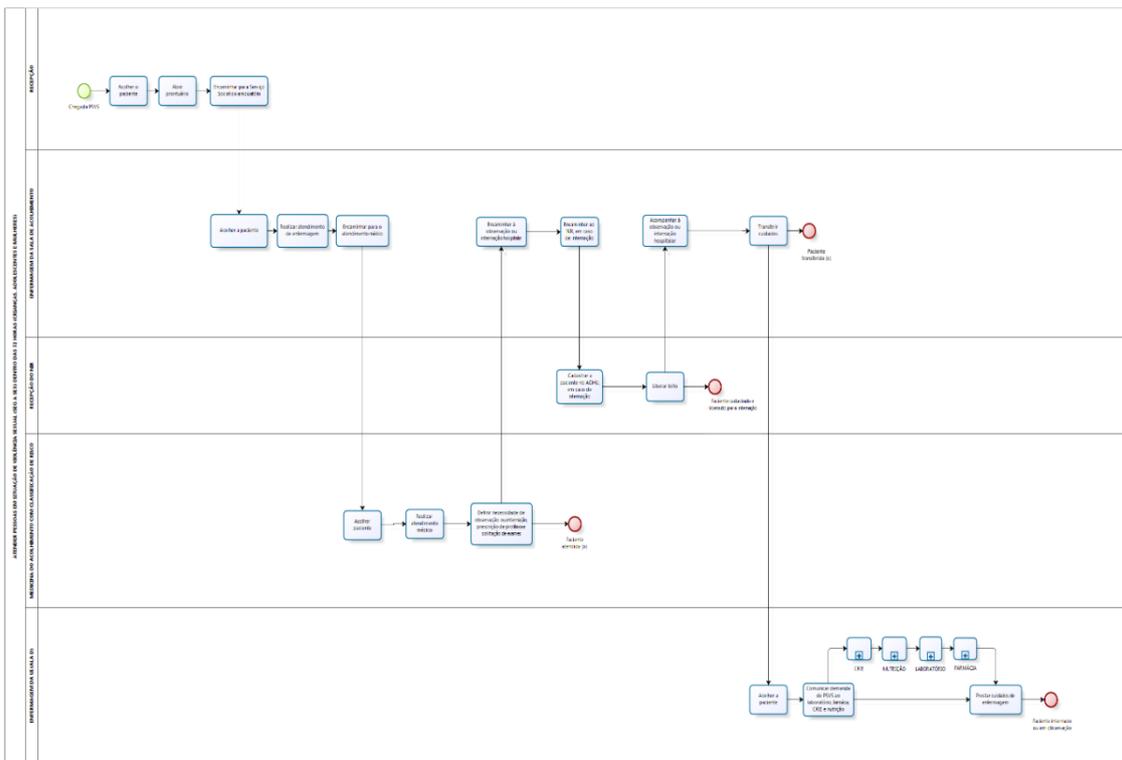
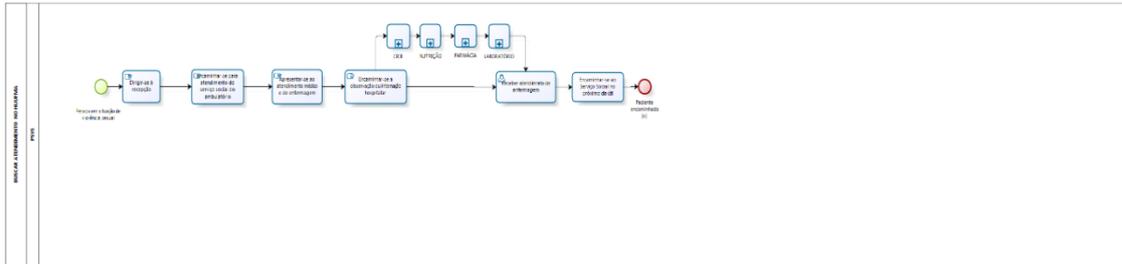
Anexo 9 - Fluxos de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual

1. Atender à PVVS (Criança, Adolescente e Mulher) dentro das 72 horas (seg a sex)



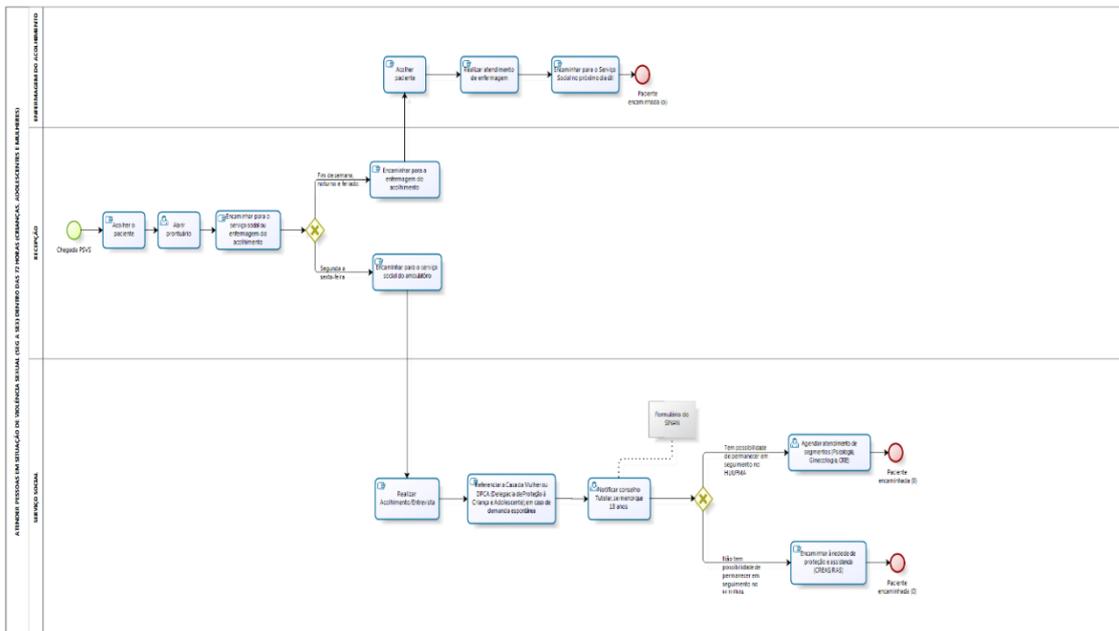
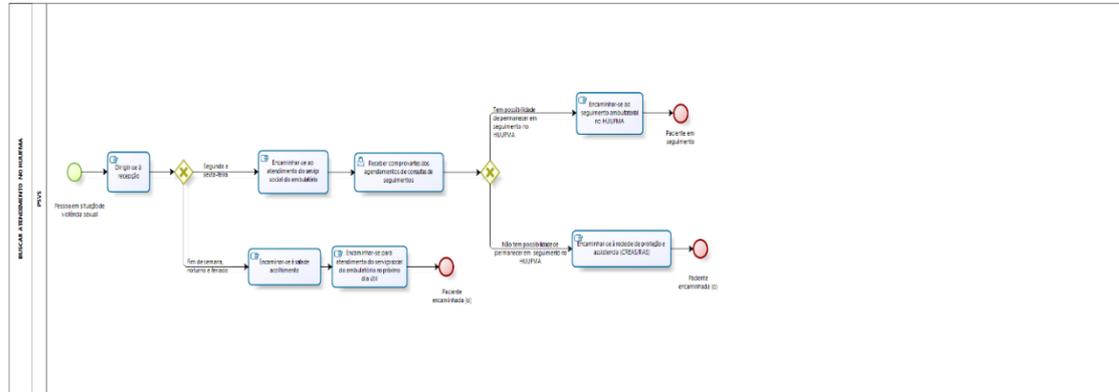
2. Atender à PSVS dentro das 72 horas (Fim de Semana, Noturno e Feriado)

Atividade: Diagnóstico Clínico de Colecistite - DDCSC
Unidade: UQ
Objetivo: Realizar o diagnóstico clínico de PSVS Clínico, inicialmente no Centro de Triagem e de Pronto Atendimento de Emergência, Noturno e Feriado.



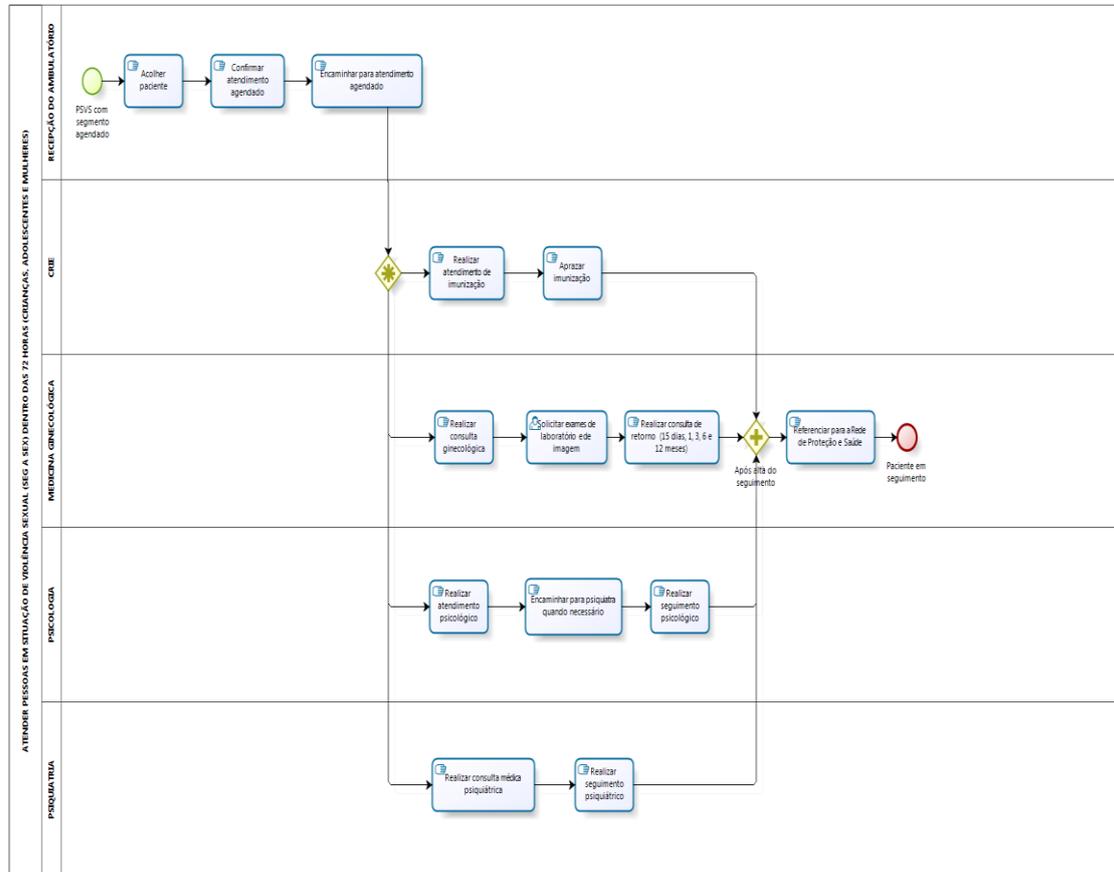
3. Atender à PSVS (Criança, Adolescente e mulher) após 72 horas da ocorrência

Autores: Direção de Gestão de Custos - DGC/GECC
 Versão: 02
 Descrição: Fluxo de atendimento à PSVS (Criança, Adolescente e Mulher) após 72 horas de ocorrência.



6. Atender PSVS em Seguimento Ambulatorial

Autor: Divisão de Gestão do Cuidado - DIVGESC
Versão: 1.0
Descrição: Descreve o fluxo de atendimento a PSVS em Seguimento Ambulatorial.



Anexo 10 – Parecer da COMIC/HU-UFMA

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC
Financiamento	Finalidade do projeto	Nº do Protocolo: 23523.033073/2020-36 Data de Entrada: 21/09/2020 Nº do Parecer: 72/2020 Parecer: APROVADO
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Público Nacional (FAPEMA/CNPQ/MS) <input type="checkbox"/> Fomento Público Internacional <input type="checkbox"/> Fomento Privado Nacional/ Ind. Farmacêutica <input type="checkbox"/> Fomento Privado Internacional /Ind. Farmacêutica	<input type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Coparticipante <input type="checkbox"/> Multicêntrico <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Res. Buco Maxilo <input type="checkbox"/> Res. Médica <input type="checkbox"/> Res. Mult. <input type="checkbox"/> Res. Enf. Obstétrica <input type="checkbox"/> Serviço/HU-UFMA	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: relações de poder e dominação presentes no enfrentamento da violência de gênero.
Pesquisador Responsável: MARIA MARY FERREIRA
Maior Titulação: DOUTORADO
Equipe Executora: LEIDA CABRAL NASCIMENTO DA SILVA
Unidade onde será realizado: <input type="checkbox"/> HUPD <input checked="" type="checkbox"/> HUMI <input type="checkbox"/> CEPEC <input type="checkbox"/> Biobanco <input type="checkbox"/> Anexos
Sector de realização: Serviço de atendimento de mulheres em situação de violência sexual do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - Unidade Materno Infantil.
Cooperação estrangeira: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

II - OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o atendimento ofertado pelo Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

3.2 Específicos

Caracterizar o atendimento ofertado às mulheres em situação de violência atendidas no hospital de referência a partir da identificação do serviço, da equipe e dos insumos disponíveis às usuárias atendidas;

Investigar o fenômeno da violência sexual contra mulheres, entendido como expressão da questão social e como tal, enquanto totalidade, relacionada com outras partes como a violência de gênero, o poder e dominação, exercidos pelo homem, em uma sociedade patriarcal, dicotômica em uma base material concreta;

Conhecer dos encaminhamentos realizados, orientações e demais atividades desenvolvidas durante o acompanhamento dos casos de violência;

Verificar a existência de sistema de informação, mecanismos de monitoramento, controle e avaliação das ações previstas.

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: Dez/2020 **Final do estudo:** Abril/2021

IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA: 10

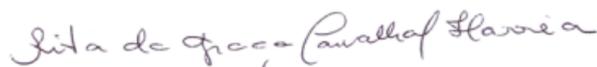
V - RESUMO DO PROJETO: Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, a ser realizada no HUUFMA - Unidade Materno Infantil em São Luís/MA, como o objetivo de analisar o atendimento ofertado pelo Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os participantes serão profissionais com formação superior, integrantes da equipe multidisciplinar com atuação no Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual. Para coleta de dados utilizar-se-á entrevista semiestruturada e observação não participante. A coleta de dados será realizada no período de 5 a 30 de dezembro de 2020 após aprovação pelo CEP/HUUFMA. A pesquisa possuirá financiamento próprio.

VI – PARECER: Aprovado

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA de 03 de agosto de 2007, entretanto **o início da coleta de dados** está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA **em atendimento à Resolução CNS nº 466/12** e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final/resumo e o Parecer de Aprovação no Comitê de Ética, para o e-mail posgra@huufma.br, à Comissão Científica (COMIC/HU-UFMA).

São Luís, 25 de setembro de 2020



Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HU-UFMA
Matricula SIAPE: 407790

Anexo 11 – Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: relações de poder e dominação presentes no enfrentamento da violência de gênero

Pesquisador: Maria Mary Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39122520.8.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.411.695

Apresentação do Projeto:

Introdução: A violência sexual, segundo dados do estudo de Facuri et al., 2013 acarreta consequências graves como: gestações indesejadas, infecções do aparelho reprodutivo, infecções sexualmente transmissíveis, abortamentos, internações e óbitos, além de tentativas de suicídio, transtornos mentais como depressão, pânico e/ou comportamentais, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Este estudo propõe reflexões iniciais sobre as possibilidades e desafios a partir da criação do Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em São Luís – MA, para as práticas institucionais de enfrentamento do fenômeno da violência sexual contra mulheres, desenvolvidas no âmbito da rede pública de atendimento da área da saúde. Justificativa: Apesar das conquistas importantes para as mulheres acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda não é garantido a autonomia das mulheres e meninas sobre seus corpos, além de afirmar as relações de poder presentes, exercido pelo estado, autoridades religiosas e médicos em unidades de referência. Acredita-se ser este um tema de grande relevância social e científica por propor a discussão do fenômeno, entendido como expressão da questão social. Busca-se investigar em que medida a intervenção das unidades de saúde de referência no atendimento da violência de gênero, torna efetivo para as mulheres o direito a uma vida livre de violência, conforme apregoado na Constituição Federal de 1988 e ratificado pela Lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha e demais tratados e convenções internacionais. Objetivo: Analisar o atendimento ofertado pelo Serviço de

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA



Continuação do Parecer: 4.411.695

Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, a ser realizada no HUUFMA - Unidade Materno Infantil em São Luís/MA. Os participantes serão profissionais com formação superior, integrantes da equipe multidisciplinar com atuação no Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual. Para coleta de dados utilizar-se-á entrevista semi estruturada e observação não participante. A coleta de dados será realizada no período de 5 a 30 de dezembro de 2020 após aprovação pelo CEP/HUUFMA. A pesquisa possuirá financiamento próprio. Palavras-chave: violência; relações de gênero; políticas públicas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o atendimento ofertado pelo Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o atendimento ofertado às mulheres em situação de violência atendidas no hospital de referência a partir da identificação do serviço, da equipe e dos insumos disponíveis às usuárias atendidas; Investigar o fenômeno da violência sexual contra mulheres, entendido como expressão da questão social e como tal, enquanto totalidade, relacionada com outras partes como a violência de gênero, o poder e dominação, exercidos pelo homem, em uma sociedade patriarcal, dicotômica em uma base material concreta;

Conhecer dos encaminhamentos realizados, orientações e demais atividades desenvolvidas durante o acompanhamento dos casos de violência;

Verificar a existência de sistema de informação, mecanismos de monitoramento, controle e avaliação das ações previstas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados; mas, para minimizar tais riscos, será garantido total sigilo sobre identificação dos participantes, pois nos comprometemos a anotar somente um codinome, além de que os dados coletados serão utilizados para fins exclusivamente científicos; os pesquisadores se comprometem ainda a guardar os áudios das entrevistas e transcrições das mesmas em local seguro, onde somente estes terão acesso aos mesmos. O momento da entrevista pode deixar o participante

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bacanga

CEP: 65.080-805

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 4.411.695

desconfortável e cansado; caso isso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e poderá ser reiniciada no mesmo dia ou em outro dia, de acordo com sua disponibilidade.

Benefícios:

O participante terá a como benefício direto com a pesquisa, a oportunidade de trocar conhecimentos a partir das suas experiências com a temática e as informações adquiridas trazidas pelo pesquisador. Como benefícios indiretos, suas respostas ajudarão a compreender melhor o Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e poderão contribuir com elementos de análise e aprimoramento desse processo, contribuir para o aperfeiçoamento do cuidado junto aos usuários, além de contribuir com o debate científico a respeito da temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1643094.pdf	09/10/2020 17:21:37		Aceito
Outros	roteirodeentrevista.docx	09/10/2020 17:16:40	Maria Mary Ferreira	Aceito
Outros	termodecompromissonoscreditosdepublicacao.pdf	09/10/2020 12:21:00	Maria Mary Ferreira	Aceito
Outros	termodecompromissodosdados.pdf	09/10/2020 12:17:36	Maria Mary Ferreira	Aceito
Declaração de concordância	termodeanuencia.pdf	09/10/2020 12:15:28	Maria Mary Ferreira	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA**



Continuação do Parecer: 4.411.695

Declaração de Pesquisadores	declaracaoderesponsabilidadefinanceira.pdf	09/10/2020 12:14:42	Maria Mary Ferreira	Aceito
Outros	parecerdeaprovacaodacomis.pdf	09/10/2020 12:14:10	Maria Mary Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoword.docx	09/10/2020 11:43:26	Maria Mary Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	09/10/2020 11:40:32	Maria Mary Ferreira	Aceito
Cronograma	cronogramadeexecucao.docx	09/10/2020 11:38:18	Maria Mary Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/10/2020 11:08:55	Maria Mary Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 20 de Novembro de 2020

**Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bacanga **CEP:** 65.080-805
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br