



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**JAMILE SANTOS OLIVEIRA**

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES  
NOTIFICADOS PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE  
NA BAHIA, BRASIL

SALVADOR  
2020

**JAMILE SANTOS OLIVEIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES  
NOTIFICADOS PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE  
NA BAHIA, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem e Saúde, na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, linha de pesquisa “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nadirleene Pereira Gomes.**

**Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lílian Conceição Guimarães Almeida.**

SALVADOR  
2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

OLIVEIRA, Jamile Santos

Caracterização dos casos de violência sexual contra mulheres notificados pelos serviços públicos de saúde na Bahia, Brasil -- Salvador, 2020.

72f.

Orientadora: Nadirlene Pereira Gomes

Coorientadora: Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2021.

1. Violência contra a mulher. 2. Delitos sexuais. 3. Notificação. 4. Epidemiologia descritiva I. Gomes, Nadirlene Gomes. II. Almeida, Lilian Conceição Guimarães. III. Título.

**JAMILE SANTOS OLIVEIRA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES  
NOTIFICADOS PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE  
NA BAHIA, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, Área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na Linha de pesquisa Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

**Aprovada em: 10 de Junho de 2020**

**BANCA EXAMINADORA**

**Nadirlene Pereira Gomes**

*Nadirlene Pereira Gomes*

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

**Milca Ramaiane da Silva Carvalho**

*Milca Ramaiane da S. Carvalho*

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual da Bahia.

**Fransley Lima Santos**

*FLS*

Doutor em Saúde Coletiva e Professor da Universidade Federal da Bahia.

**Telmara Menezes Couto**

*Telmara Menezes Couto*

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Aos meus pais, José Raimundo Borges e Evanice Oliveira, aos meus irmãos por acreditarem  
nos meus sonhos, incentivarem e apoiarem minhas decisões.  
Ao meu filho querido, Arthur Oliveira, por ser essa pessoa iluminada, que alegra os meus dias  
e me inspira a ser um ser humano melhor.  
A todas as mulheres que sofreram violência, e que vivenciam a solidão do cuidar, quero dizer  
que vocês não são invisíveis.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus e aos meus ancestrais que tem me guiado meus passos, me amparando, me protegendo e iluminando meu caminho para tornar sonhos realidades com todos intemperes existentes.

À Universidade Federal da Bahia, especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo acolhimento como mestrande e por possibilitar o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha querida orientadora, Nadirlene Pereira Gomes, pela generosidade em compartilhar seu conhecimento, pelos ensinamentos e por toda compreensão neste processo tão importante.

À Professora Dra. Lilian Guimarães, minha Co-orientadora pela disponibilidade em contribuir para a melhoria desse estudo sempre com toda a disposição e afeto.

Ao Professor Dr. Fransley Lima, sempre com muita sensibilidade e presteza em partilhar seus conhecimentos.

À Professora Dra. Milca Raimane, Dra. Amália Sacramento e Dra. Gilvânia Paixão, membros da Banca de Qualificação, pelas valiosas contribuições e oportunidade de crescimento e aprendizado.

As minhas queridas professoras Julita Pontes e Letícia Brás, por me apresentar à pesquisa acadêmica ainda na graduação, pelos ensinamentos e por serem uma presença constante.

A Glenna Briana, Ana Clara Oliveira, Railene Pires, Rachel Moura, Marcos Antônio, Oséias Max, Neto Magalhães, Alexandre Silva, Clara Jardim, Jonaire, Janja Araújo, Laila Rosa, Carla Akotirene pela amizade e cumplicidade.

A Viviane Lima e Alana Santana em especial, gratidão pela partilha, apoio e acolhimento sempre.

A Jéssica Damasceno, Helder Bonfim, Josy Lírio, Nildete Pereira, Fernando Jorge Nascimento, Lunara Inácio, pela dedicação e entusiasmo em desenvolver esse trabalho me apoiando sempre.

Às integrantes do Grupo Violência, Saúde e Qualidade de Vid@, pelos aprendizados, construção, parceria e grande colaboração com o desenvolvimento desse estudo.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação. Ao fim desse texto penso que esse trabalho é muito mais “nosso” do que meu, falo em nome de todas as mulheres negras, de jovens feministas e mulheres que já vivenciaram essas experiências, que de formas diferenciadas em espaços e momentos distintos contribuíram de maneira determinante para a construção desse

trabalho.

(...) encarando os gumes constantes da decisão crucial e solitária para aquelas de nós que não podem se dar ao luxo dos sonhos passageiros da escolha que amam na soleira vindo e indo (...) olhando no íntimo e pra fora simultaneamente antes e depois buscando um agora que possa procriar futuros (...) Pra todas nós este instante e está glória. Não esperavam que sobrevivêssemos

(LORDE, 1977, p.1)

## RESUMO

OLIVEIRA, Jamile Santos. **Caracterização dos casos de violência sexual contra mulheres notificados pelos serviços públicos de saúde na Bahia, Brasil**. 2020. 71f. Dissertação (Mestrado em Gênero, Cuidado e Administração em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

O estudo teve como objetivo caracterizar a violência sexual contra as mulheres a partir das notificações ocorridas na Bahia, entre os anos 2015 e 2019. Trata-se de um estudo ecológico do tipo exploratório de tendência temporal com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As notificações de violência sexual vêm aumentando, sobretudo aquelas que ocorrem no âmbito doméstico (66,41%) e o estupro (67,24%), as quais demandam por coleta de sangue (82,93%) e profilaxias para HIV (42,14%). As vítimas, na sua maioria, foram mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos (37,51%), negras (76,23%), solteiras (54,37%) e com até ensino fundamental (36,23%). Os principais autores foram homens (94,98%), possuindo vínculos de afetividade, amizade, ou institucionais com as atingidas (62,01%). Com base nas notificações, as mulheres encontram-se mais vulneráveis à VS dentro de casa e quando jovens e negras vitimadas por homens conhecidos sobretudo, no meio intrafamiliar.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Delitos sexuais. Notificação. Epidemiologia Descritiva.

## RESUMEN

OLIVEIRA, Jamile Santos. **Caracterización de casos de violencia sexual contra mujeres notificados por servicios de salud pública en Bahía, Brasil.** 2020. 71f. Disertación (Maestría en Genero Cuidado y Administración en Salud) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, Bahía, Brasil, 2020.

El estudio tuvo como objetivo caracterizar la violencia sexual contra la mujer a partir de las notificaciones ocurridas en Bahía, entre los años 2015 y 2019. Se trata de un estudio ecológico del tipo exploratorio de tendencia temporal con datos secundarios del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (SINAN). Las notificaciones de violencia sexual han ido en aumento, especialmente las que ocurren en el ámbito doméstico (66,41%) y esproyecto (67,24%), que exigen recolección de sangre (82,93%) y profilaxis del VIH (42,14%). La mayoría de las víctimas fueron mujeres de 10 a 19 años (37,51%), negras (76,23%), solteras (54,37%) e incluso con educación primaria (36,23%). Los principales autores fueron hombres (94,98%), con vínculos de afecto, amistad o institucionales con los afectados (62,01%). Según las notificaciones, las mujeres son más vulnerables a los VS en el hogar y, cuando son jóvenes y negras, son víctimas de hombres conocidos, sobre todo, dentro de la familia.

**Palabra-clave:** Violencia contra la mujer. Delitos sexuales. Notificación. Epidemiología descriptiva.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	–	Notificações de violência sexual contra a mulher na Bahia entre 2015 a 2019.....	48
<b>Tabela 2</b>	–	<b>2</b> – Tipo e local de ocorrência da violência sexual notificados entre 2015 a 2019, na Bahia, Brasil.....	48
<b>Tabela 3</b>	–	Aspectos sociodemográficos das vítimas de violência sexual na Bahia entre 2015 a 2019.....	49
<b>Tabela 4</b>	–	Características dos possíveis autores de violência sexual contra mulheres na Bahia entre 2015 a 2019 quanto ao vínculo e sexo.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AE	Anticoncepção de Emergência
ARV	Antirretrovirais
AME	Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual
BO	Boletim de Ocorrência
CER	Central Estadual de Regulação da Bahia
CESPN	Conselho Estadual de Saúde da População Negra
CLADEM	Comitê Latinoamericano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
CEJIL	Centro para a Justiça e o Direito Internacional
CIDH	Comissão Internacional de Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Comitês das Nações Unidas DO - Declaração de Óbito
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DEAM's	Delegacia Especial de Atenção à Mulher
DDM	Delegacias de Defesa da Mulher
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEUF/BA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FRA	Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)
ISP	Instituto de Segurança Pública
IML	Instituto Médico Legal
IPEIA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPG	Instituto Patrícia Galvão
MS	Ministério da Saúde
MPM	Movimento Político de Mulheres MS
NCVS	Nacional Sobre Vitimização Do Crime
OJP	Office of Justice Programs
OMS	Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PEP	Profilaxia pós-exposição
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher,
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM)
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória
SUS	Sistema Único de Saúde
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância em Saúde
TEPT	Tratamento de estresse pós-traumático
TGQN	Transgêneros, gênero não conformes
TJE/BA	Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
UFB	Unidades Federativas do Brasil
UF	Unidades da Federação
UPA'S	Unidades de Pronto Atendimento
VID@	Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VS	Violência sexual
YWCA	Young Women's Christian Association

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E AS INTERSECÇÕES COM OS MARCADORES SOCIAIS.....	18
2.2 VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES, EPIDEMIOLOGIA E A INTERSECCIONALIDADE .....	24
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COM ÊNFASE NA VIOLÊNCIA SEXUAL.....	31
<b>2.3.1 Aspectos legais da violência sexual - a Lei Maria da Penha e suas implicações .....</b>	<b>39</b>
2.4 ASSISTÊNCIA AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL .....	42
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>46</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) é caracterizada por ações, ou tentativas, contra a sexualidade de uma pessoa, podendo se expressar através de condutas que, por meio da chantagem, manipulação, ameaça ou suborno, leve a pessoa exposta a manter ou presenciar atividade sexual não desejada, e a impeça de usar métodos contraceptivos ou limitem os direitos sexuais e reprodutivos de outrem<sup>1</sup>. Esse tipo de violência, prevalente entre as mulheres, porém ainda subenumerada, demanda por estratégias de intervenção, o que requer maior compreensão acerca de como este se expressa.

No mundo, estimativas demonstram elevados índices de VS, os quais atingem majoritariamente o público feminino. Estima-se que 35% da população mundial feminina foram expostas à VS em algum momento da vida (ONU, 2017). Na União Europeia, dados de óbitos pelo *National Crime Victimization Survey* constataram 215 mil crimes sexuais no ano de 2015, sendo que desse total nove a cada dez vítimas eram mulheres (MORGAN, 2017). Entre os anos de 2015 a 2017, o Departamento de Justiça dos Estados Unidos da América (EUA) publicou que 300.000 mulheres sofreram violência sexual neste período (CRUZ, 2017). No continente africano, um terço das meninas sofre abuso sexual na infância, enquanto que a prevalência do agravo em meninos varia de 9 a 18% (TARZIA et al., 2018).

Essa problemática em torno da violência sexual no Brasil não se difere do âmbito internacional. Dentre os 127.585 casos de estupro denunciados no país entre 2017 e 2018, 81% das vítimas eram pessoas do sexo feminino (BRASIL, 2019b). Dados apresentados pelo 12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública apontaram que, em 2018, a cada oito minutos uma mulher sofre abuso sexual, contabilizando 61.032 vítimas, o que representa um aumento de 10,1% referente ao ano anterior (BRASIL, 2018). Esse total pode estar ainda subestimado, uma vez que representa apenas 10% das ocorrências de violência sexual no país. De acordo com o Sistema de Informações de Agravo de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde, em torno de 527 mil mulheres são estupradas por ano no Brasil (IPEA, 2016).

No cenário atual da pandemia da COVID-19, alguns países do mundo perceberam um crescimento significativo da violência sexual. Países como, Brasil, França, Itália, Espanha, Portugal, China, Estados Unidos, puderam perceber de forma significativa o crescimento dos números de violência contra as mulheres, em especial a VS, durante a pandemia de Covid-19. Ter uma estimativa desse agravo está sendo um desafio, pois a maioria das mulheres está em isolamento social, uma recomendação exigida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

como a melhor forma de conter a propagação da COVID-19, e essa permanência em casa está sendo um fator potencializador para esse crescimento (FÓRUM DE SEGURANÇA, 2020).

Os casos de violência sexual cresceram em 22,2% entre março e maio de 2020, em 12 estados, representando uma diferença de 20% em relação ao semestre inteiro do ano de 2019. Mesmo assim, registros públicos feitos pela DEAMs confirmam uma queda na procura para abertura de novas ocorrências, quadro que desvela que, ao passo que as mulheres tem se tornado mais vulneráveis por permanecer por muito tempo em suas casas, elas também estão com dificuldade na formalização da queixa do suposto agressor (BRASIL, 2020).

Para além da magnitude dos números, somam-se os impactos socioeconômicos referentes aos custos em saúde pública com a assistência que precisam ser subsidiados pelo Estado. Sob a luz da realidade econômica brasileira, os custos com a violência sexual envolvem a assistência de saúde com as pessoas vitimizadas, assim como com a segurança pública e assistência social que envolve o pagamento de pensões, aposentadorias e licenças médicas. Nesse ínterim, estima-se que 5,9% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro sejam alocados para pagar os déficits causados pela violência de forma geral. No Reino Unido, por exemplo, o impacto gerado pelo abuso sexual de crianças e adolescentes atingiu 3,2 bilhões de euros em 2014 com ações estratégicas para eliminação desse problema.

Enquanto fenômeno sócio histórico, a violência sexual tem causalidade multifacetada, que está intimamente relacionada aos processos de organização de uma sociedade (BUTLER, 2015), sobretudo com raízes na desigualdade de gênero. Tal elemento sinaliza para a vulnerabilidade da mulher a essa vivência pelo fato de ser mulher, que somado a outros fatores, como por exemplo, raça pode aumentar ainda mais os riscos de experienciar esses abusos (DUARTE, 2015). Assim, no que pese a questão da raça/cor, as mulheres negras são as principais acometidas destes processos, portanto, essas dimensões precisam ser analisadas a partir de um olhar mais amplo e interseccional a partir das especificidades (CRENSHAW, 2002). A este respeito, a hipererotização do corpo da mulher, especificadamente da mulher negra, contribuiu para que ela fosse considerada um objeto sexual, questionando a autonomia do seu corpo que avilta a dignidade da mulher, ao tempo em que se estabelece uma violação dupla que perpassa pela saúde pública e pelos direitos humanos da mulher como cidadã. Essa questão da cultura da violência e da violência sexual advém da cultura do estupro, uma herança colonizadora, escravocrata e sistemática, e que coloca a mulher negra sempre como um alvo para essas vivências (RIBEIRO, 2019).

Independentemente desses marcadores, a violência sexual acomete a saúde das mulheres de forma severa e acarreta sérios danos para a vida daquelas que a experienciam, independentemente da idade. Destacando-se as de ordem psicológica, o trauma é capaz de causar ou intensificar situações, como transtornos alimentares e do sono, depressão, isolamento social, ansiedade, déficit de atenção, hiperatividade, estresse pós-traumático (TEPT), *cutting*, *borderline* e comportamento suicida. Outras repercussões incluem a laceração na região genital, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gravidez não planejada e aborto em condições inseguras, além de problemas sexuais, dificuldades em relacionar-se, aversão a parcerias sexuais do mesmo sexo que o autor da agressão, permanência e aceitação de relacionamentos abusivos como forma de se punir, nesse caso associado ao sentimento de culpa pela agressão sofrida.

Esses adoecimentos, principalmente relacionados à saúde mental, são duradouros e encontra-se relacionado, por vezes, ao silenciamento feminino e a não revelação também dificulta a identificação do agravo em serviços de saúde, além desses fatores, a complexidade de identificar esta vivência e a dificuldade que os profissionais da saúde têm para o reconhecimento dessas agressões por sentir-se despreparado, assim como, para tomada de decisões frente às necessidades de saúde e sociais demandadas pelas vítimas. Neste sentido, a identificação da violência nos serviços de saúde, no geral, ainda é precária (GARCIA, 2015).

Diante essa problemática no âmbito nacional, diversas são as políticas de prevenção e combate ao fenômeno no sentido de assegurar que mulheres, em todo ciclo vital, vivam livres de violência sexual. Nesse sentido, mulheres, crianças, adolescentes, adultas e idosas são amparadas legalmente através do Estatuto da Criança e Adolescente, da Lei Maria da Penha e do Estatuto do Idoso, dispositivos jurídicos que criminalizam as mais diferentes expressões de violência, como a sexual. Outra política nacional remete à Lei de notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher, número 10.773 de 2003. Tais informações geram dados epidemiológicos que fornecem métricas para pesquisadoras (es) e gestoras(es) na criação de políticas mais eficazes na redução da violência sexual.

Frente a esse quadro da violência contra a mulher e a violência sexual, e por tratarem de um agravo crônico que transcorre de várias formas e atinge diversas mulheres, principalmente as negras, iniciei uma reflexão sobre essas questões. A minha aproximação com a temática se deu a partir do contato com mulheres, de todas as áreas de atuação profissional e espaços sociais, vítimas dos diversos tipos de violência e que trazem consigo traumas irreversíveis, dentre eles, o silenciamento, que vem como elemento adoecedor e com um papel decisivo para qualidade de vida futura dessas vítimas, tornando a violência um problema de saúde pública.

Motivada por essa questão, participei de espaços de movimentos de mulheres

perpassando por diversos serviços e intuições, desenvolvendo ações voltadas à atenção à saúde da mulher, que fomentavam o empoderamento feminino e promoviam ações para o enfrentamento da violência, com foco na saúde da mulher negra, foi perceptível observar as lacunas que existiam nesse cenário assistencial e o quanto esse assunto permaneceu ausente em muitas discussões. Nesta perspectiva incorporei no Conselho Estadual de Saúde da População Negra (CESPN), na Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), na Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), onde pude constatar, através de dados dos projetos de promoção e intervenções para a saúde, uma crescente de casos de violência contra a mulher, a inexistência da rede de acolhimento, além do fato de que a maioria das pessoas não sabia lidar com a situação. Inquietei-me assim com a fragilidade dos serviços, sobretudo das profissionais no que tange ao atendimento como também a compreensão acerca do fenômeno.

Com essa percepção, ingressei no mestrado, com intuito de melhor me apropriar da temática. Considerando a magnitude da violência sexual contra as mulheres com implicações sobre a saúde desta população e a economia no país, urgem ações resolutivas de amplo alcance, nos diversos cenários, mas que priorizem os grupos específicos de maior vulnerabilidade a esta violência. Nesta perspectiva, nos questionamos: qual a características da violência sexual contra as mulheres a partir das notificações ocorridas na Bahia? Nesta perspectiva delineamos como objeto de estudo: caracterizar a violência sexual contra as mulheres a partir das notificações ocorridas na Bahia, entre os anos 2015 e 2019.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E AS INTERSECÇÕES COM OS MARCADORES SOCIAIS

A violência contra a mulher pode ser entendida como um fenômeno complexo e múltiplo, que está intimamente ligada à formação da identidade cultural do sujeito e às desigualdades historicamente construídas, as quais se fortalecem com pequenas variações nos campos social, político, cultural, econômico e na construção de gênero (MINAYO, 2017). A Convenção do Belém do Pará de 1994, define a violência contra a mulher como qualquer ato baseado em gênero, que cause sofrimento psíquico, moral, sexual e físico a mulher. Esse fenômeno é, sobretudo, social, pois atinge o bem-estar, a autoestima, a qualidade de vida e a segurança dessas mulheres (BRASIL, 2018).

As violações geralmente acontecem no âmbito doméstico, sendo praticada por pessoas que compõem o eixo e que possuem laços consanguíneos ou não com a mulher, como parceiros íntimos como pais e tios, já a violência intrafamiliar é aquela que os opressores não desconhecidos, são membros da família ou responsáveis, que mantêm relações próximas e vínculos afetivos (MELO, 2017).

As inúmeras formas de violência contra as mulheres estão baseadas nos sistemas de desigualdades de gênero e se retroalimentam, sobretudo pelos marcadores sociais de raça, etnia, classe, orientação sexual e identidade de gênero. Apesar de sabermos que a violência não é fenômeno contemporâneo, o que se percebe é, a recorrência e visibilidade dos casos em um dimensionamento político, midiático e cultural, onde a violência conjugal tem sido uma problemática em constância sofridas nas suas relações de afeto. Independentemente, desses conceitos, há um atributo que está diretamente ligado a esta violência, que é o fato de “ser mulher”, esse processo vem da formação construída por uma cultura colonial da sociedade para determinar aspectos que vulnerabilizem a mulher a violência (MENEGHEL, 2011).

Neste sentido, para melhor compreensão sobre violência contra a mulher é fundamental o entendimento de gênero e da violência de gênero que advém historicamente desta constituição subjetiva de homens e mulheres na organização das relações sociais e de poder. A aplicabilidade do conceito de gênero proporcionou o afastamento da ideia do sentido biológico relativo ao sexo. O gênero é uma construção social, fruto de movimentos feministas contemporâneos. Esse termo surgiu nos anos 40, porém nos anos 70, o movimento feminista através das militantes Stoller e Gayle Rubin incluiu o gênero como objeto de estudo das feministas. Tal conceituação

se deu como uma dessemelhança nas relações de poder e não somente como uma divisão binária e diferenciação sexual, destacando-se a construção social das identidades e a desconstrução de definições e papéis. Historicamente, algumas situações já definiam o poder das masculinidades, como por exemplo, no campo da colônia Nazista na Alemanha, até na Revolução Francesa, em que os comandantes promulgavam o autoritarismo central e soberano proibido a participação das mulheres nesses embates, na vida política, impondo o comportamento em suas vestes e induzindo ao aborto ilegal dentre outras imposições (SILVEIRA, 2014).

A *priori*, a utilização do conceito propicia uma desnaturalização e desconstrução de definições, apresenta interpretações biológicas que associavam a diferença sexual e as posições sociais hierarquicamente diferentes entre homens e mulheres e está pautada como uma forma de dominação do homem sobre a mulher e sua autonomia. Essa catalogação através do processo de formação da civilização possibilitou uma construção de significados sociais e culturais que distinguem anatomicamente o sexo implicados desde da infância, se consolidando em uma distinção dos gêneros feminino e o masculino. Também é abordado como uma categoria relacional entre homens e mulheres, permeado pelas relações de poder, sendo assim esses vínculos se desenvolvem de forma desigual e assimétrica, a partir da hierarquização e inferiorização imposta às mulheres perante aos homens (SCOTT, 1995).

Desta forma, o gênero dá-se meramente nas relações que ocasionam diferenciação entre sexos, poder e construção de valores com isso inviabilizando as mulheres dos processos de emancipação (BUTLER, 2016). Considerando as relações desiguais mencionadas, surge a concepção de violência de gênero, que é considerada aquela praticada pelos homens contra as mulheres, em virtude dessa assimetria condicionada ao sexo feminino (SAFFIOTI et al., 2017). Para Minayo (2005, p. 15) a violência de gênero:

[...] distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias.

A violência de gênero atinge as mulheres normalmente por motivos conjugais, sexuais e culturais como, por exemplo: estupro conjugal, agressões sexuais e assédio moral, esterilizações forçadas, dentre outras que são silenciadas por diversos dispositivos. Destacam-se também as situações de feminicídios que são entendidas enquanto violência de gênero, pois determina a morte de mulheres pelo simples fato de pertencer a este sexo (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2011). Outro exemplo pode ser percebido em situações de estupro, alimentado por uma cultura que culpabiliza as mulheres pela situação de violência sofrida sob a mesma perspectiva do feminicídios (BROWNMILLE et al., 2017). Em que pese aos

avanços políticos, quando aconteceu a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em 1993, definiu-se a violência de conjugal como problema de saúde pública, política e social através da “Declaração para a eliminação da violência contra a mulher”:

Todo ato de violência baseado em gênero, que tem como resultado, possível ou real, um dano físico, sexual ou psicológico, incluídas as ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, seja a que aconteça na vida pública ou privada. Abrange, sem caráter limitativo, a violência física, sexual e psicológica na família, incluídos os golpes, o abuso sexual às meninas, a violação relacionada à herança, o estupro pelo marido, a mutilação genital e outras práticas tradicionais que atentem contra mulher, a violência exercida por outras pessoas – que não o marido – e a violência relacionada com a exploração física, sexual e psicológica e ao trabalho, em instituições educacionais e em outros âmbitos, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada e a violência física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra. (BRASIL, 2017, pag 23).

A partir deste conceito, emergem subdefinições acerca do fenômeno de acordo com o espaço em que ele ocorre e quem o perpetra. Este fenômeno pode ocorrer no espaço público ou privado. No entanto, onde mais a violência tem incidência é no contexto conjugal (GOMES et al., 2009). No âmbito da conjugalidade a violência também possui características da violência intrafamiliar e doméstica, onde essa mulher experiência inúmeras tipificações, que se manifestam através de agressões físicas, psicológicas, patrimonial, moral, sexual e de gênero e sociais (ANDRADE, 2018). Essa perspectiva não mudou ao passar dos anos, mesmo com alterações em 2002, no Código Civil de 1916, do século XX, traz consigo uma premissa machista e colonial, de modo que não concedia os mesmos direitos a homens e mulheres. Tornando a força física em autoridade outorgando-lhe o comando sob todas as decisões, inclusive na sacralização da família e na preservação do casamento. Ainda que transcorridos quase 100 anos entre os dois códigos, houve muitas transformações significativas na legislação muito por conta dos movimentos feministas, porém, a cultura patriarcal resiste (DIAS, 2017).

O que se pode perceber é que, no contexto atual, através dos resquícios desta cultura perversa, se persiste ainda a detenção de posse sobre o corpo da mulher na sexualidade, a indução de relação sexual sobrepondo os seus desejos, muito embora isso viole os princípios da integralidade e autonomia da mulher. Ainda no cenário conjugal, estudos demonstram o quão é que é difícil fazer a ruptura desse ciclo, quando se tem filhos e quando essa mulher depende financeiramente deste parceiro, ainda que, seja acompanhado por ameaça e coações, interferindo no seu empoderamento para o enfrentamento desta violência conjugal. Em conjunto com esses dispositivos maternos e financeiros, tem ainda o entendimento cultural, em que as mulheres têm que satisfazer o parceiro sexualmente, como subsídio de aceitação da relação conjugal, não se percebendo, que está sendo vítima de uma violência sexual (GOMES,

2012).

Nesse sentido, cabe salientar que a vivência de violência sexual além de acontecer na conjugalidade, pode ocorrer no eixo extrafamiliar como conhecidos da família e podem perdurar por muito tempo até que se revele. Segundo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) de 2018 apontou um mapeamento com mais de 13 mil casos registrados de violência sexuais representados um percentual de 78,6% dos casos ocorridos dentro de casa e o perfil básico das vítimas foram às mulheres negras, jovens, de baixo potencial econômico, sem vínculo empregatício e de baixa escolaridade. Além desse cenário doméstico- familiar a violência sexual também se dá no ambiente público e apesar de se fazer presente no cotidiano de muitas mulheres, independente do seu formato a violência sexual se compreende como assédio sexual, estupro, tentativa de estupro, telefonemas obscenos, atos obscenos, abuso sexual verbal, pornografia, atentado violento ao pudor e sedução, que podem ocorrer de forma conjugada com outros formatos de violências como a lesão corporal e tentativa de homicídio, embora, algumas pesquisas demonstram que, atrelado a isto se destacam os danos psicológicos (DAY et al. 2018).

No mundo, cerca de 75% das mulheres referem terem sofrido em algum momento de sua vida alguma forma de violência, seja ela, física, sexual, psicológica por parte do seu companheiro, muito embora, alguns países desenvolvidos já existam tem leis incisivas para ajudar a prevenir essa pandemia. O número de mulheres violentadas tem crescido a um ritmo mais acelerado em todo mundo aumentando em mais de 70% entre 1980 e 2017. Na Europa, algumas instituições como o Conselho da Europa e Estados-Membros da União Europeia (UE), têm procurado entender e compreender a amplitude e a natureza da violência contra as mulheres. A Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA) desmontou que a violência contra as mulheres varia entre 2,5 a 33% na Espanha, Suécia e Turquia, uma violação frequente dos direitos fundamentais, e que afeta a vida de um grande número de mulheres na União Europeia, sendo que a psicológica e a sexual mostrou-se a mais comum. Na Espanha o perfil dessas vítimas foram as que tinham filhos e possuíam uma dependência financeira representando um fator de risco. Assim como, o perfil de estar solteira aumentou o risco 12,9 % (FRA, 2019).

Nos EUA, segundo dados da Young Women's Christian Association (YWCA), a cada dois minutos uma mulher é violentada das diversas formas. Mesmo existindo leis estaduais, com exceção de algumas leis federais, como as de imigração onde prover uma emergência nestes tipos de atendimentos. Na Califórnia, existem diversas leis de proteção contra a agressão a mulher. Uma lei muito comum e usada é a “Domestic Violence Restraining Order”, ordem

dada por um juiz para que o agressor, geralmente familiares ou parceiros, não tenha nenhum tipo de contato com a vítima, após a revelação do ocorrido assim respondendo judicialmente. (RAINN, 2019).

No continente asiático, na China, Nepal e Irã, são exemplos de países com uma prevalências entre 58,6% e 44,4% de todos os tipos de violência contra as mulheres. Achados desse estudo apontaram que os perfis dessas mulheres violentadas são jovens portadoras de deficiência, mulheres que tinha vínculo empregatício e com baixa escolaridade. Segundo dados da ONU, desde 1996, só no Congo, na África, mais de 200 mil casos de violência foram registrados contra as mulheres e esse número também pode estar menosprezado quando não é feita a denúncia desses casos. Na Tanzânia e na Etiópia, países do continente africano, a prevalência da violência doméstica contra a mulher se deu com as variáveis de 65% e 78%, com a justificativa que o autor da agressão consumia álcool, apresentando um perfil socioeconômico com familiar de baixa escolaridade e famílias que ganham menos que um salário (OJP, 2019).

Nas Américas, especificadamente no Brasil, em janeiro de 2019, segundo a organização internacional *Human Rights Watch* e o Mapa da Violência de 2019, o Brasil ocupa 5º lugar no *ranking* mundial de violência contra a mulher em um conjunto de 84 países. Em 2018, das 4.539 mulheres assassinadas pelo menos 1.133 foram vítimas de feminicídios, esses números podem estar subestimados ao considerar que muitos casos não são enquadrados corretamente como violência de gênero. Concomitante a isso, dados divulgados no Atlas da Violência de 2019, aponta que houve um aumento no número de feminicídios, com cerca de 13 assassinatos por dia, ao todo 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007, ou seja, entre 2007 e 2018 houve aumento de 20,7% na taxa nacional de homicídios de mulheres, quando a mesma passou de 3,9 para 4,7 mulheres assassinadas por grupo de 100 mil mulheres nas 17 Unidades da Federação (UF). No último ano 1,6 milhões de mulheres foram espancadas ou sofreram alguma violência, ou seja, um percentual de 74% superior à média mundial e o número de agressores que foram presos cresceu 15% devido à crescente nas denúncias. Entre os casos de violência, 42% ocorreram no âmbito doméstico, sendo que 52% não denunciou o agressor (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019).

Esses recentes dados corroboram o que a maioria das mulheres que sofreram violência revelam, que 76,4% do agressor era alguém conhecido. Desvelando entre as capitais, que o Rio Grande do Norte apresentou o maior número de agressões, com variação de 214,4% entre 2007 e 2017, seguido por Ceará com 176,9% e Sergipe 107,0%, Roraima a com maior taxa, apontando um número de 10,6 mulheres vítimas de homicídio por grupo de 100 mil mulheres, índice mais de duas vezes superior à média nacional, seguida pelo no Acre, 8,3 para cada 100

mil mulher e na Bahia, houve uma crescente de 6,1% em comparação com 2018 passando de 10 mil para 4.461 vítimas. Esse cenário coloca a Bahia em 12º e o município de Salvador em 10º em violência contra a mulher no Brasil. Na região sudeste, estudos realizados desvendou que entre as capitais do Rio de Janeiro e São Paulo há uma prevalência de 59% e 19,1% violência domésticas. Sendo que, o estado de São Paulo apresentou a menor taxa de feminicídios do país com índices de 2,2% por 100 mil mulheres, seguido pelo Distrito Federal 2,9%, Santa Catarina 3,1% e Piauí 3,25%, e ainda Maranhão 3,6% e Minas Gerais 3,7% no ano de 2017. Certamente deve ser resultado das implantações das políticas públicas com mais efetividade implementadas pelo governo, priorizando o enfrentamento da violência baseada em gênero (ISP, 2018).

A magnitude do fenômeno pode ser mais bem dimensionada através dos fatores associados como a escolaridade que foi registrada que 93% de mulheres acometidas desta vivência, em que tinham somente o ensino médio, os menores índices apontaram para classes mais ricas com renda familiar superior a 10 salários. No quesito raça/cor foi notado que as mulheres negras são as mais acometidas pela violência, taxa de violência contra as mulheres brancas teve um decréscimo de 4,5% entre 2007 e 2017, e as mulheres negras cresceram com 60,5% também neste mesmo período. Isso nos alerta, a pensar sobre as desigualdades raciais e as políticas de enfrentamento da violência contra a mulher que abarcam, majoritariamente, as mulheres brancas, enquanto as mulheres negras continuam sendo, potencialmente vulnerabilidades. No campo da saúde as mulheres negras lideram negativamente os indicadores quando se um percentual relevante de 66%, dentre todas as mulheres assassinadas no país em 2017 (RIBEIRO, 2017). Nos últimos 10 anos houve um crescimento significativo de feminicídios segundo Atlas da Violência de 2019, dados mostram que cresceu 21% de 2017 a 2018, resultando em 1.133 casos em 2018, 1,1 para cada 100 mil habitantes. Já no contexto de homicídios com vítimas mulheres teve um aumento de 6,1 %, chegando a 4.539 em 2017, 4,3 por 100 mil mulheres. Na esfera de violência conjugal foram 184 casos por 100 mil mulheres em 2018, totalizando 193.485, resultando em 28,5% dos casos ocorreram na residência e 39,3% foram em locais considerados como ignorados, ou seja, fora do domicílio, nas vias públicas, contudo são decorrentes da violência conjugal, equivalendo 22 casos por hora, e a maioria desses casos 36% ocorre aos finais de semana, sendo que 19% aos domingos (DATAFOLHA, 2018).

De acordo com o Mapa da Violência de 2018, a região Nordeste ocupa o quinto lugar em mortes por violência contra as mulheres, e primeiro em mortes de mulheres negras (BRASIL, 2018). A população feminina ultrapassou 103 milhões de mulheres em 2017. Uma

em cada cinco considera já ter sofrido alguma vez algum tipo de violência de parte de algum homem, conhecido ou desconhecido (PFA, 2017).

Diante tais números, podemos perceber pelos estudos encontrados, que a violência contra a mulher tem altas taxas de prevalência e inúmeros fatores associados sendo motivados normalmente por questões de gênero, portanto, é preciso urgir novas estratégias de atuação da violência contra a mulher, com um olhar para as políticas públicas com atuações regionais, com isso, podendo ajudar na proposição de medidas de prevenção e controle mais específicos ao longo de todo o processo de desenvolvimento. Como um problema de saúde pública, a violência contra a mulher violência é algo mutável e biopsicossocial e sofre interferências de cada região, realidades e épocas diferentes e exerce um impacto negativo no campo da saúde. Todavia, em que pese à preocupação de conter esse fenômeno, faz-se necessário compreender o dimensionamento do impacto deste problema no mundo, hoje, algumas instituições como a Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde tem acompanhado as altas taxas de morbimortalidades de mulheres e pensado no desafio e para os quais devem ser priorizadas intervenções para prevenção do agravo (OMS, 2018).

## 2.2 VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES, EPIDEMIOLOGIA E A INTERSECCIONALIDADE

Inserida num contexto histórico-social e com profundas raízes culturais, a violência sexual é uma das facetas do fenômeno violência, cuja a compressão remete a qualquer conduta que venha constranger a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante coação, intimidação ou uso da força utilizando a vulnerabilidade desse sujeito independentemente da sua relação com vítima, resultando na sexualidade e que a impeça de usar qualquer método contraceptivo (OMS, 2017).

A violência sexual é uma realidade universal e está exercendo um papel significativo no adoecimento das mulheres nas últimas décadas, muito embora, estudos relacionam o uso de drogas e álcool como fatores agravantes para tal situação (OPAS, 2016). A magnitude da violência sexual revela um contexto que marca as relações sociais entre homens e mulheres, embora os dois estão propícios a ter essa experiência, as mulheres são as principais vítimas em qualquer período da sua vida e atingi principalmente 60% das mulheres negras, 24% das jovens de 15 a 24 anos com nível médio enquanto fator escolar e 70% mulheres de baixo potencial econômico. A prevalência da violência sexual global é estimada em 12 milhões de vítimas a cada ano (BRASIL, 2018).

Enquanto uma pandemia, a violência sexual possui raízes na desigualdade de gênero. Para perceber a complexidade deste fenômeno, é fundamental desvelar os mecanismos de funcionamento e suas estruturas baseadas na concepção do gênero. Apesar de importantes contribuições trazidas pelos estudos epidemiológicos, no que concerne ao levantamento e quantificação dos números dessas mulheres que experienciam a violência, revela-se a importância de um aprofundamento e um olhar sensível para a individualidade desta mulher na sociedade (AYRES, 2009).

As mulheres, tradicionalmente foram tratadas de formas desiguais em termos políticos, culturais e socioeconômicos, e esses aspectos precisavam ser analisados a partir de um olhar mais amplo das relações. Por conseguinte, é essencial destacar as relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais, que refletem no comportamento sexual de homens e mulheres na sociedade, na assimetria da capacidade de tomar decisões na autonomia dos corpos femininos (SILVIA, 2010). Entendendo que é uma vulnerabilidade existente, torna-se relevante compreender que esses direcionamentos são interdependentes, cuja os aspectos dialogam entre si e refletem uma prática para cada sujeito. As mulheres, em geral, estão introduzidas em diversas posições sociais e que sofrem diferentes níveis de abusos, intensificados pelos marcadores sociais que permeiam em classe, raça e gênero. Portanto, essas diferenças sociais classificam e padronizam essas mulheres gerando desigualdades, e que as colocam em posições subalternas e marginalizadas, organizadas por categorias (ZAMBONI, 2014).

Neste sentido, a amplitude do entendimento de gênero torna-se relevante para a compreensão deste fato, onde o impulso agressivo nas relações de poder perpassa na formulação do pertencimento do corpo do outro, que transcorre não somente pelas relações heteronormativas, isso não significa que, as mulheres não pratiquem a violência em outros formatos de relações, isso por terem sido convertidas heteronormamente, e farão da subjetividade um mecanismo de violência sobre outras mulheres nas suas particularidades, ainda sim, existem mulheres que são cúmplices deste ciclo da violência e contribuem para sua própria dependência de dominação masculina (CHAUÍ, 2017). Muito embora, essa hegemonia masculina se vincula aos processos capitalistas e racistas historicamente enraizados na sociedade, que é formado pela ideologia machista incorporado pelo sistema de exploração, contudo, é necessário relativizar o modelo de dominação masculina e a vitimização feminina para que se observe o contexto no qual esta violência ocorre, para que não se rotule como mera vítima, no sentido de que, ao denunciar esse autor ela tanto resiste quanto perpetua os papéis sociais que muitas vezes a colocam em posição de vítima, pois o discurso não só limita a análise da dinâmica desse tipo de violência como também não favorece uma alternativa eficaz para a

mulher (SAFIOTTI, 2016, GREGORI, 2017).

A violência sexual não ataca de forma aleatória, uma vez que é carregada pela cultura, etnia e sexuada e de gênero. (FOUCAULT, 1975, p. 27; CORRARDI, 2009, p. 7). Entretanto, é imprescindível pensar na violência de gênero e a violência sexual a partir do entendimento de desprivatização de todos os crimes de gênero, manifestando a utilidade e entendendo todas as esferas múltiplas e amplas das violências contra a condição de humanidade das mulheres, todavia está ambivalência reflete em tudo aquilo que se qualifica de hibridismo ou descaracterização, tanto na expressão do senso comum quanto na linguagem acadêmica (SEGATO, 2015, BANDEIRA, 2017).

Esta percepção se agrava quando junto a isto há uma discussão de raça, surgiu numa discussão de classe, em que mulheres negras e pobres são resultados estatísticos desta violência de gênero, muito embora na formação da sociedade como um todo, a desigualdade social e sem políticas de interversão factual vem contribuindo para a disseminação deste fenômeno. Abordar essas desigualdades significa abranger o olhar para os contextos históricos e culturais associadas a um substrato ideológico que se traduz justamente nos marcadores das diferenças como a má distribuição de renda, educação, diferenciações nos serviços dentre outras formas de discriminação. Define-se então que esses marcadores é uma classificação construída socialmente, e se constitui a produzir maior ou menor inclusão ou exclusão dos indivíduos ao acesso a benefícios sociais à medida que se distanciam ou aproximam do que é considerado hegemônico, tais elementos que dizem respeito são o sexo, gênero, raça, classe social imbicam nesse conceito (SALGADO; SAAD-DINIZ, 2017).

Segundo Diniz e Guilherme (1999) —[...] o que torna desigualdade e diferença dessas categorias, é o não acesso e usufruto do poder social atribuído a cada indivíduo. No entanto, a população negra desde século XIX, no período abolicionista, já não possuíam direitos políticos e eram sujeitos a injúrias e a sanções fortemente pesadas, hoje em dia o racismo é velado por diversas maneiras e vem dando continuidades a essas desigualdades negando direitos desta população, sendo assim, existem inúmeras manifestações da disparidade sobretudo no discurso do sujeito universal, que negligência as especificidades sociais na sociedade, entre as raças no que concerne aos serviços ao serviços de saúde, a educação, o trabalho, e aquisição de bens (CARNEIRO, 2018).

Dados apontam que há um aumento de 60,5% do assassinato de mulheres negras e uma redução de 10,2% em mulheres brancas no Brasil (IPEA, 2018). Desse modo, alguns aspectos comprovam que a categoria mulheres, em sua condição extensiva, não atingiu as mulheres negras, o que nos faz pensar sobre as formas de ações e incisões das políticas de enfrentamento

a violência contra a mulher que abrangem predominantemente, as mulheres brancas, deixando em vulnerabilidade as mulheres negras.

Por esta razão na esfera do cuidar as mulheres negras encabeçam os indicadores como maiores vítimas na prevalência das doenças crônicas assim como, a maiores índices de mortes precoces. Em razão disto, esses grupos vulneráveis por estar um estado de desvalia se torna invisível na sociedade e seus direitos refutados, impactando, sobretudo, na sua existência como sujeita. São imprescindíveis as medidas de discussão que se precisa ter em todos os âmbitos, sobre quem são essas mulheres e os homens dos quais estamos citando e/ou quando avaliamos em ações e estratégias equânimes visando garantir o acolhimento, as oportunidades, sobretudo na promoção a saúde (SCOTT, 1995).

Por conseguinte, nada menos importante dentro dessa gama dos marcadores sociais que a classe, ainda que de maneira sutil, torna-se fundamental para entenderem as relações de poder neste contexto da violência, visto que hoje vivemos no país extremamente capitalista e sexista onde sua destruição de renda é desigual. Seguramente esses indicadores inferem diretamente ao acesso a saúde de qualidade, assim como, a possibilidade de educação, condições de moradia e emprego. Nesta perspectiva, entender as relações dentro da sociedade com um olhar mais aprofundado nas especificidades é promover reflexões que sejam pertinentes para as novas ferramentas que garantam o acesso a direitos fundamentais às pessoas que são, de fato, vulnerabilidades na sociedade.

Contudo, é preciso abordar essas diversidades dentro das análises de forma coesa e a partir de uma perspectiva interseccional, no qual traz contribuição para compreensão dos marcadores sociais através dessas mulheres vulnerabilizadas. A interseccionalidade surgiu na década de 80, muito embora os movimentos feministas negros já discutissem sem intitular a interseccionalidade, percebendo que ser mulher e negra eram elementos indissociáveis, porquanto não havia viabilidade de se transacionar neste grupo de pertencimento, se ambos constituem sua própria existência (CRENSHAW, 2015).

Na execução, interseccionalidade propicia perceber que os marcadores sociais têm uma atuação na identificação desses grupos vulneráveis, primordialmente, as mulheres, e essa discriminação formada, coloca as mulheres negras em espaços proscritos concomitantemente na inferioridade estrutural, desta maneira buscando alternativas para a sobrevivência neste sistema sexista (LORDE, 1983).

Ainda nessa esfera, nenhuma categoria pode evidenciar outros grupos, é preciso ser mútuo e que se corresponda à parte a parte, ora interseccional. Neste sentido, é preciso compreender classe, raça e gênero, pois eles se interligam, sobretudo para diminuir a produção

das iniquidades, outorga que promovam e encorajam a invisibilidade dessas mulheres negligenciando as desigualdades vividas por décadas, isso quando não há estratégias em todos os campos que direcionem essa equidade (DAVIS, 2012).

Deve-se observar que esses marcadores e a interseccionalidade está intrinsicamente ligados a compressão da violência e que se perduram por outras gerações como pode exemplo, as inquietações nos movimentos feministas, que já traziam dentro das suas lutas os direitos sexuais e reprodutivos, o combate a todas as formas de violência contra a mulher e ao empoderamento das mulheres. Entretanto há uma dessemelhança entre os movimentos feministas brancos e os movimentos feministas negros, onde ambas tinham entendimento das lutas coletivas em *prol* das mulheres, todavia com experiências diferentes como, por exemplo: a emancipação do corpo feminino e sua sexualização, onde trazem discordâncias entre mulheres negras e brancas. Mesmo partilhando o mesmo gênero, as mulheres negras sempre tiveram tratamentos diferenciados em relação aos seus corpos, eram vistos como objeto de prazer, enquanto as brancas deveriam manter seus corpos castos e puros. Desta forma, havia duas concepções de violência dadas como referência analítica que iam além dos movimentos sufragistas, era também lutar pela reparação dos erros históricos e estruturais. (CARNEIRO, 2018).

Posto isto, nasce o feminismo, onde se estabeleceu uma linguagem de cunho político, filosófico e intelectual, que teve como princípio romper o tradicionalismo patriarcal, resultando no fim da opressão e das violências sofridas pelas mulheres em todos os âmbitos, do mesmo modo, se posicionando como seres autônomos, no qual ali foram tratadas questões relativas à violência contra a mulher, de gênero e autonomia dos seus corpos. (BEAUVOIR, 1949).

Contrapondo essa análise, em 1851, no período pós- abolicionista, já existiam mulheres de liderança que ocuparam historicamente cenários de resistência, manutenção cultural e lutavam a favor dos direitos igualitários. Neste cenário, algumas mulheres negras buscavam estratégias para emancipação dos seus direitos, e em seus discursos proferiam pelos direitos das mulheres que simbolizavam a solidariedade das mulheres negras como uma nova causa já que não eram benquistas, entretanto almejavam apenas serem seres livres, que ansiavam pelo fim da opressão racista e da dominação sexista e sexual (HOOKS, 1985).

Percebe-se que as iniquidades transcendem as correntes teóricas, há também uma variedade essencialistas do feminismo, correntes de pensamento no qual, por exemplo, poderes místicos são atribuídos ao corpo feminino e diferentes modelos de perpetuação de apropriação dos corpos, da saúde, sexualidade e direitos reprodutivos, fruto das relações de poder entre os gêneros atrelados ao machismo, ela que se faz presente de maneira

mais expressiva entre as mulheres negras, e vai além das historicidades das gerações. A sexualização dos corpos está embutida no estupro enquanto violência sexual, algo que age de forma conjunta e sobreposta, uma vez que as mulheres são vulnerabilizadas pelo gênero e cor, muitas vezes, não aparecem nas discussões superinclusiva e subinclusiva, ou seja, os resultados dessas discussões catalisam o silenciamento que sustenta a ideia do sujeito universal (PIMENTEL, 1998).

Por outro lado, os impactos para essas mulheres no não atendimento pode obscurecer a sobrevivência podendo acometendo o óbito desse sujeito. No entanto, é inquietante perceber a crescente de mortes dessas vítimas que foram intimidadas e levadas pelo silenciamento. Ainda assim, as intimidações com armas não se concretizam, em sua maioria é substituída pela asfixia mecânica, essa situação dura e paulatina frente ao agressor, muitas vezes provoca um prazer maior do que aquele atribuído pelo crime sexual. Faz-se necessário entender que a violência contra a mulher e de gênero é umas das formas, nas quais a sexualidade é intimamente controlada, dado a constante construção binária e do controle social, essas definições se iniciaram no final dos séculos 60 e 70 em grandes proporções devido a emergência desses movimentos na identificação dos novos formatos das relações, onde a lesbianidade não era mais atrelada a uma subcategoria da homossexualidade subjugada pela heteronormatividade, vista também, não somente como uma identidade sexual mas como identidade política, dentro do contexto das relações de poder generalizadas (ZANELLO, 2018).

Desse modo, tão importante compreender que o processo da saúde e adoecimento perpassa o biológico, cuja inerência é a condição humana, mas que também tem influência direta na condição de serem pessoas inseridas em dinâmicas sociais, onde as condições inadequadas desse acompanhamento e um não olhar sensível para a perpetuação desses tipos de violências, tão quanto, a violência sexual é imprescindível, portanto observar esses marcadores sociais, que majoritariamente, é factível e experienciado pelas mulheres negras é reconhecer a importância da interseccionalização (CECCON, 2018).

No mundo, estimativas demonstram elevados índices de violência sexual, os quais atingem majoritariamente o público feminino. Na União Europeia, dados de óbitos disponibilizados pelo National Crime Victimization Survey constataram 515 mil crimes sexuais no ano de 2017, ao todo entre a Inglaterra e os Países de Gales foram 64.500 delitos de violência, sendo que 35.800 foram de violência sexual (Dados coletados pela Eurostat – órgão estatístico da União Europeia disponibilizados pela Revista Exame – Ed. Abril, 2017). Entre os anos de 2015 a 2016, o Departamento de Justiça dos Estados Unidos da América (EUA) publicou que 300.000 mulheres sofreram violência sexual em 2017, a Pesquisa Nacional sobre Vitimização

Do Crime (NCVS) e o Office of Justice Programs (OJP), apontou que nos últimos 12 anos, o número de crimes aumentou de 2,7 mil em 2015 para 3,3 milhões em 2018, um aumento de 604.000 vítimas de violência sexual dos mais diversos tipos de assédio sexual, vítimas de estupro por desconhecidos e estupro marital (OJP, 2018). A violência sexual afeta a vida de milhões de americanos, segundo dados da National Assault Hotline (RAINN), a cada 92 segundos uma mulher experimenta um contato sexual não consentido, totalizando em média 321.500 vítimas. O perfil dessas mulheres tem idade de 12 a 34 anos, jovens, estudantes universitárias, onde tem uma grande probabilidade das estudantes universitárias do TGQN (Transgêneros, gênero não conformes) correm maiores risco dessa agressão com uma pontuação de 21% e 1 em cada 10 vítimas de estupro são do sexo masculino (RAINN,2018).

A ONU estima que 20 a 50 mil mulheres foram vítimas de violência sexual na Iugoslávia (ONU, 2017). Apesar de alguns países estarem nos topos de qualidade de vida e igualdade de gênero, há um eufemismo nos números da violência, mesmo que se apresente menor em comparação ao demais, tal situação se conceitua como “paradoxo nórdico”, como por exemplo: na Suécia os números são alarmantes com 7 mil crimes ao ano contra as mulheres. Na Dinamarca aponta 32% número de denúncias no ano de 2017, com uma marca de 30 %, na Finlândia este valor corresponde a todo tipo de violência sexual no ano de 2017, conquanto, em alguns países que tem minimamente uma igualdade de gênero, como Portugal, Itália e Grécia, todavia, tem umas porcentagens muito irrisória (HAGOS, 2017).

Em que pese nas taxas mais elevadas da violência sexual no mundo (Dados de uma revista britânica - The Lancet, 2015) destaca-se a África subsaariana, com um recorde de 21% na África central e 17,4% na África austral em agressões sexuais. Na América Latina, Argentina e Uruguai têm uma incidência muito menor 1,9%, o Brasil com 10% e América Central com 9,3% acometimentos da violência sexual.

A realidade brasileira não difere do cenário internacional. Dados apresentados pelo 12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública apontaram que em 2018, a cada 8 minutos uma mulher sofre violência sexual. De acordo com o Sistema de Informações de Agravo de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em torno de 527 mil mulheres são estupradas por ano no Brasil (IPEA, 2018).

Em 2018, o canal de denúncias da Central de Atendimento a Mulher (180) registrou 80% dos casos de violência sexual. No ano de 2017 o Estado do Rio de Janeiro foi investigado pelo Instituto de Segurança Pública (ISP) com a finalidade de coletar dados para o Dossiê Mulher 2018 e concluiu que 84,8% das vítimas de estupros registrados naquele Estado eram negras (BRASIL, 2018). Outrora, dados apontam que as medidas protetivas de urgência

sancionadas para aquelas mulheres prevista pela Lei Maria da Penha, que visam proteger em 48h contra novas agressões, em 2017 foram 225.869 pedidos, o que representa uma média diária de 124 demandas nos últimos quatro anos (SSP, 2017).

Contudo, essas exatas incidências e prevalência da violência sexual ainda são ínfimas devido aos baixos índices de subnotificação de uma forma em geral, alguns fatores como a falta de credibilidade no sistema informativo, medo de represaria e o silêncio do (a) cúmplice dificultam a notificação, estima-se que no Brasil os casos chegam menos que 10%, já nos EUA essas variáveis aumentam com um percentual de 16 a 32% da não notificação. Muito embora, a violência sexual seja praticada em locais isolados e distantes, neste sentido, não existem possibilidades de testemunho, já o abuso sexual em crianças e adolescentes tem um perfil contrário, geralmente são perpetrados por pessoas do eixo intrafamiliar, deste modo, perdendo a capacidade de revelar e admitir sua existência (DREZETT, 2018).

Esse agravo geralmente possui um caráter crônico, visto a dificuldade de revelação e, por conseguinte, identificação por profissionais da saúde, que se sentem despreparados para o direcionamento dos casos, o que culmina na falta de assistência e peregrinação da mulher na rede.

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COM ÊNFASE NA VIOLÊNCIA SEXUAL

O termo violência contra a mulher já era entendido muito antes do surgimento dos movimentos feministas dos séculos 60. Foi no período pós -abolicionista a ex-escrava Sojourner Truth, que era militante, pioneira na luta pelos direitos civis dos negros e das mulheres nos EUA, já percebia a inviabilização das mulheres negras e a violência de gênero e relatava em seu diário essas percepções. No entanto, em 1851 com a tarefa de romper essa constância, em um encontro de mulheres, a mesma relatou toda a sua experiência, e ali identificou as diferenciações das lutas dentro dos movimentos feministas.

A conquista pelos direitos sociais, políticos e civis de maneira igualitária em relação aos homens iniciaram-se a partir da metade do século passado no período da Revolução industrial, quando os movimentos feministas eclodiram, a partir disto, algumas ações surgiram em defesa dos direitos das mulheres, o direito a voto e sua inclusão no campo do trabalho. Esta época foi marcada pela luta da consolidação dos direitos igualitários entre homens e mulheres no âmbito do trabalho, entretanto, essa pauta não era a única, e foi baseado nestas diferenças que houve a divisão dos interesses dos papéis dentro dos movimentos feministas. Embora não

se discutiam as diferenças de raça e gênero, a luta pelos direitos de igualdades e de oportunidades para as mulheres atravessavam essas inquietações, e a sua emancipação dentro dos movimentos teve uma importância muito grande neste contexto, provocando grandes mudanças sociais, políticas e econômicas, apesar de que, ainda existam condições desiguais que prossegue ao longo da história atual, ora construída historicamente pelo patriarcado, como por exemplo, as funções domésticas. Todavia, essas mudanças serviram de parâmetro para as ações políticas concernentes aos movimentos feministas (MELO 2017).

A implantação das primeiras políticas públicas para as mulheres vítimas de violência se deu no final só século XVII até meados do século XIX, onde surgia a ideia do igualitarismo com o foco de atenção e ações para os direitos políticos e civis como o voto. A partir desta perspectiva no início da década de 70, momento no qual se traçou o entendimento sobre o sexismo, alguns movimentos feministas começaram a se destacar por identificar esse fenômeno, tal importância fez com que surgisse atos de denúncias sobre a dominação masculina como meios de opressão das mulheres, assim, iniciando um processo de descontentamento, rompendo os paradigmas do silenciamento que cessavam aquela realidade e que era somente manifestada no âmbito privado das relações, bem como, estimulou para debater alguns temas como a sexualidade, as políticas de Estados para as mulheres, a liberdade do usos dos corpos das mulheres, a violência exercida dentro do lares, dentre estas, a prioritária a questão da violência contra a mulher (OLIVEIRA E KNÖNER, 2017).

Para entendermos as políticas públicas para as mulheres em situação de violência sexual é necessário um olhar para as histórias das conquistas dos direitos das mulheres como um todo, uma vez que, estes encontros estão entrelaçados no resultado dessas conquistas. Após a segunda guerra mundial, em 1946, foi elaborado um documento pela Organização das Nações Unidas (ONU), criando a Comissão de Status da Mulher com o intuito de consolidar a importância e definição dos direitos humanos sem distinção de religião, classe, raça e cor. A partir disto, o primeiro documento que ganhou destaque foi a Carta das Nações Unidas (1945), que estimulou as promoções ao respeito aos direitos humanos, os princípios de justiça e os direitos civis à mulher. Esta carta entrou em vigor no Brasil em 15 de fevereiro de 1950, promulgado pelo decreto nº 31.643 (ONU MULHERES, 2018).

Em 2 de maio 1948, foi assinada na 9ª Conferência Internacional Americana, Bogotá e Colômbia, sendo aprovada pelo Decreto Legislativo nº 74, de 18.12.1951 aconteceu a Convenção Interamericana sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher, consentindo as mulheres tem os mesmos direitos na ordem civil que os homens. No entanto, no Brasil, somente em 23 de outubro de 1952, através do decreto n.º 31.643, é que as mulheres passam a usufruir

desse direito. A partir desta iniciativa, outras movimentações foram feitas para o combate a violência contra a mulher, como a Convenção contra o genocídio (1948), que prescreve a eliminação de todas as formas de feminicídios, entendendo que a cooperação internacional é necessária para esse enfrentamento. Outra conquista tardia que constitui elegibilidade a mulher ter o direito a voto e a ter posses em cargos públicos pela legislação, foi em 1953, por meio da Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher, onde no Brasil esses direitos só aconteceu em 1963, através do decreto nº 52.476, com isso demonstrando as diferenciações de gênero (ONU,1993).

Ainda assim, dentre as conquistas, destacam-se o Pacto internacional dos direitos civis e políticos (1966) que preconizava o gozo de todos os direitos civis e políticos de forma igualitária, neste mesmo ano surgia o Pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais (1966), que constituiu a igualdade de gozos dos direitos econômicos, sociais e culturais entre homens e mulheres e a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965) que enaltece o combate de todas as formas de discriminação racial contra as mulheres. Contudo, em 1975, na cidade do México, acontecia a I Conferência sobre a Mulher realizada pela ONU, esse momento foi nomeado como o primeiro dia Internacional da Mulher, nele, preconizou o reconhecimento sobre a autonomia dos seus corpos, tendo destaque também para a luta eliminação das discriminações por razões de gênero (ONU, 2017).

Em 1979, na tentativa de estabelecer os direitos das mulheres e a extinção da desigualdade de gênero visando a proteção e a promoção dos direitos das mulheres em uma amplitude mundial, acontecia o primeiro tratado internacional que discutia sobre os direitos humanos da mulher, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher o (CEDAW), que significa Convenção da Mulher, esta, que apregoa o princípio da não discriminação, do respeito da dignidade humana e, sobretudo o enfrentamento da violência contra a mulher e suas tipificações (RANGEL; WENCZENOVICZ, 2016).

Concomitante a isso, houve também alguns marcos importantes para erradicação da violência contra a mulher, como por exemplo, a Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes (1984) que estabelece um tratamento humano para mulheres e crianças.

Visando as políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX no Brasil, foram criados alguns programas materno-infantis nas décadas de 1930, 1950 e 1970, que revelavam uma postura sobre a mulher e as suas práticas, firmados na desigualdade de gênero e na construção patriarcal, onde o seu papel social de mãe e afetiva com os seus filhos e familiares eram potenciais. E essas políticas públicas que eram praticadas neste período, se

preocupavam somente com as questões voltadas a intervenção sobre os corpos dessas mulheres com garantia que a sua reprodução social fosse garantida (FRIAS 2016).

Na perspectiva dos movimentos feministas para a contribuição das políticas públicas, ainda nos anos 60, o Brasil enfrentava um dos maiores processos de luta contra a violência e a igualdade de gênero. Naquele período, o feminismo buscava a igualdade de gênero, questionava a divisão sexual do trabalho, colocando o homem como provedor e a mulher como detentora dos atributos domésticos e do exercício da maternidade, assim como, o incentivo a sexualidade masculina que consentia o sexo fora do ambiente familiar e as mulheres eram limitadas somente para a reprodução, além da crítica de como eram estabelecidas e organizadas as políticas de saúde nesta época (BRASIL, 1916).

No final dos anos 1970, a mídia teve um papel fundamental para a emancipação dos casos de violência contra a mulher. A divulgação dos números de assassinatos de mulheres por seus companheiros, sobretudo aqueles cometidos no segmento da classe média estavam sendo reportados, no entanto, os registros jornalísticos traduziam através das justificativas que esses autores das agressões utilizavam a violência como “legítima defesa da honra”, situações que teve como exemplo: o caso Doca Street em 1976, no qual, o réu foi absorvido com a justificativa que havia sido traído, essa pejorativa resultou um grande movimento da militância feminista solicitando o cancelamento do julgamento e acionando uma revisão das políticas públicas de combate a violência contra as mulheres, reconhecendo-as como sujeito dos seus direitos. Este caso se tornou um símbolo de uma virada histórica do feminismo no Brasil. Mediante a estas circunstâncias, surgiu o tema "Quem ama não mata", no qual, foi um dos primeiros slogans do movimento feminista no final dos anos 70 a ser divulgados nas mídias, tomando uma proporção gigantesca em prol desta luta. Assim, a década de 80, foi fundamentada pelas lutas em relação a saúde, posteriormente, surgiu o primeiro grupo de combate e atendimento as mulheres em situação de violência, foi o grupo SOS Corpo, em Recife. Também fruto de uma produção teórica e militante que se restringia basicamente a violência conjugal, com a premissa de acolher as mulheres que vivenciaram a violência foi criada a SOS Mulher no Rio de Janeiro expandindo para São Paulo e Porto Alegre (GROSSI, 2015).

Ainda nesta década, foram realizadas duas grandes conferências, a II Conferência Mundial da Mulher, na perspectiva de galgar melhorias nos direitos das mulheres na Saúde, educação e emprego, em Copenhague e em 1985, acontecia a III Conferência Mundial sobre a Mulher com tema central “Estratégias Orientadas ao Futuro, para o Desenvolvimento da Mulher até o ano 2000”, em Nairóbi. Neste mesmo período, nasce o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM), ano do primeiro governo civil após a Ditadura Militar, provido

pela Lei n.º 7.353, que tem por finalidade promover políticas que visem eliminar todas as formas de discriminação a mulher, com um propósito de garantir igualdade de direitos nas esferas políticas, econômicas, sociais e culturais. Pensando nesta perspectiva de erradicação, em 1989, ocorreu a Convenção sobre os direitos da criança, que declara proteção à mulher e das crianças em situação de emergência e de conflito armado (BAIRROS, 2016).

Todavia, frutos da pressão dos movimentos feministas foram criados as Delegacias Especiais de Defesa das Mulheres (DEAM), a primeira no Brasil e no mundo, esse foi o principal mecanismo de atendimento para as mulheres vítimas de violência, a mesma é vigida pelo decreto nº 42.082, de 12 de agosto de 1997, outro avanço desse mesmo momento, foram às criações das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), atualmente são aproximadamente quinhentos em todo país. Essa foi uma garantia que os casos de violência sexual fossem considerados crimes contra a pessoa e não contra dos costumes (PINTO et al., 2017).

Também impulsionado pelos movimentos feministas, desatam-se as conferências de Bucareste (1974), México (1984), Cairo (1994) e de Pequim (1995), coordenados pela Delegação Brasileira, no quais refletiam importantes avanços como o direito de escolha do número de filhos, as práticas contraceptivas, o planejamento familiar e saúde reprodutiva. Posteriormente, em 1984 é lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), esse programa chegou com a perspectiva de prover ações preventivas e norteadores nas políticas de saúde da mulher no Brasil, bem como, garantir a integralidade e equidade nas questões do planejamento familiar, climatério, do ciclo gravídico-puerperal, das ISTs e principalmente os direitos reprodutivos da mulher. Pioneiro no âmbito mundial nas questões da assistência reprodutiva, o movimento de mulheres passou a luta por sua implantação. De modo geral, esse programa previa capacitação no sistema saúde, com intuito de melhor atender as necessidades da população feminina, concomitante a isso, acontecia o Movimento Sanitarista fundamentava a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAZÃO, 2010).

Ao passar dos anos, em 1988, na Constituição Federal do Brasil, estava definido que perante a lei, todos eram iguais sem distinção de qualquer natureza, corroborando a igualdade entre homens e mulheres, perante isso, houve uma reflexão sobre a importância das desigualdades de gênero na assistência a pessoas em situação de violência, e que os profissionais da área de saúde precisavam de uma desconstrução para melhor atender, visto a hegemonia na formação cultural da sociedade. Com isso, foi preconizado formações através de portarias e manuais produzidos pelo Ministério da Saúde (MS), direcionada para os profissionais de saúde com intuito de capacitar para atender as mulheres em situação de violência e suas especificidades (OMS, 2018).

No que se refere a violência sexual, em 1999, foi elaborado Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e, por conseguinte, em 2001, foi criada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, ambos também foram reivindicações dos movimentos feministas, esses manuais norteiam o protocolo de atendimento as vítimas de violência, especificadamente a violência sexual (VS) de forma intersetorial e multidisciplinar, bem como garantindo o exercício total dos direitos a saúde de forma integral. (BRASIL, 2018).

Por conseguinte, em 2003, estabeleceu a Notificação Compulsória, Lei nº 10.778, prescrito pelo decreto 5.099/2004, fundamentada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria 2.406/200, que abrange todo território nacional e atende todos os casos de violência contra as mulheres que forem assistidas nas instituições de saúde no âmbito privado ou público. No ensejo, nasce a Secretaria de Políticas Para as Mulheres (SPM), com o objetivo de garantir e prover a igualdade de gênero, a partir deste fortalecimento através das criações das novas diretrizes, normas e manuais foi possível criar estratégias de enfrentamento a todas as maneiras de discriminação a mulher que permeia da formação excludente e patriarcal da sociedade.

Nesse sentido, o CNDM passou a ser incorporado na estrutura da SPM, tendo como papel fundamental as articulações com as instituições governamentais e com a sociedade civil. Com isso, cresce as ações integradas principalmente com projetos de intervenção, culturais e educativos que visam a prevenção da violência, deste modo, ainda como estratégia dos avanços deste ciclo, surgiu em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que possibilitou a estruturar o atendimento às mulheres em situação de violência sexual, também com a prerrogativa que a mulher deve ser atendida de forma equânime, independente dos marcadores sociais, além de proporcionar ações de combate a violência doméstica e sexual (FAÚDES, 2017).

A vista destes avanços, em termos de leis de proteção às mulheres, em 07 agosto de 2006, foi promulgada a Lei nº 11.340, denominada como a Lei Maria da Penha. Esta lei, além de definir e tipificar as inúmeras formas de violência contra as mulheres (física, psicológica, sexual, doméstica, patrimonial e moral), criando mecanismo para coibir estas ações, também prevê a criação de serviços especializados, como os que integram a Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Essa Rede é composta por instituições de segurança pública, justiça, saúde, e da assistência social, além de reforçar os acordos aderidos nas convenções, os tratados ratificados e a Constituição Federal.

A partir deste marco, entre 2006 a 2007, o Ministério da Saúde, por meio da criação do Projeto Sentinela, em parceria transversal com a Vigilância Sanitária em Saúde, destinou incentivos para alguns estados brasileiros por meio de Portarias levando em conta a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências com o objetivo de fortalecer os equipamentos já existentes (PORTARIA Nº 878, 2001). Posterior a essas ações, foram feitos pactos entre o governo dos estados e o governo federal para a elaboração da Política Nacional pelo Enfretamento à Violência contra as Mulheres, tendo como base estrutural o Pacto Nacional de Enfretamento à Violência Contra a Mulher, essas, que se tornaram estratégias de gestão que direcionavam as políticas.

Ainda neste ano, a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, criou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de coletar dados a respeito da violência sexual em todo território nacional, a fim de ter uma melhor análise desses casos, visto que, o Estatuto da Criança e do Adolescente, (ECA), de acordo com a Lei no 8.069/90, já sinalizava para o aumento de casos de violência sexual, assim, corroborando para a importância de um aprofundamento para a prevenção e combate desses casos (AVANCINI, 2016).

Indubitavelmente, com a apresentação dessa crescente e com a preocupação de diminuir esse fenômeno e seus danos, a evolução histórica dos marcos políticos da violência sexual se inicia justamente quando sancionada a Lei de estupro nº 12.015 de 2009, esta Lei foi profligada pelo Código Penal Brasileiro e unificou numa só capitulação penal dois crimes contra a dignidade sexual: o delito de estupro e atentado violento ao pudor, passando a integrar crime único de múltiplas ações. Muito embora, já houvesse um movimento de algumas Organizações não Governamentais (ONG) para o atendimento a essas mulheres.

Além dos movimentos feministas, uma das instituições que tiveram um papel fundamental para assegurar o atendimento à mulher que sofre violência sexual além das redes de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, e os conselhos, foi a FEBRASGO, através da Comissão Nacional Especializada de Interrupção da Gestão Prevista por Lei, que outrora, foi redefinida como Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto previsto em Lei, que por fim, se tornou um protocolo intitulado “ Atendimento da mulher vítima de violência sexual”. Neste documento, apontavam os únicos três hospitais no Brasil, que de fato ofereciam algum atendimento especializado a estas mulheres, inclusive com a interrupção da gestação resultante de estupro. A FEBRASGO juntamente com o Ministério da Saúde, foi pioneira no que se refere às capacitações aos profissionais da saúde em todos Brasil, a fim de propagar

informações e ajudar no processo de acolhimento as vítimas de violência sexual (FEBRASGO, 2018).

De forma a continuar a garantir os direitos das mulheres na perceptiva da VS, foi sancionada a Lei nº 12.845, art. 1º, de 1º de agosto de 2013, que estabelece normas que caracterizam o atendimento emergencial nas instituições de saúde de forma integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual, visando a assistência e controle dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual. (BRASIL, 2016; TRIGUEIRO et al., 2017).

O Decreto n.º 7.958 de 2013, apregoa diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo com os fortalecimentos das portarias, como a de N.º 485 e 618 de 2014, orienta atenção integral às mulheres em situação de Violência Sexual, com a obrigatoriedade de registrar com a classificação de acordo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (GAWRYSZEWSKI, 2010).

No tangente às atribuições dos serviços de saúde ainda no combate da violência, tivemos a Lei do Femicídio nº 13.104 de 2015, esta, que encaminha e qualifica as recorrências dos assassinatos com mulheres como crime hediondo. Por conseguinte, foi notável que através dessas instituições de medidas políticas houve avanços significativos para a compreensão e erradicação da violência contra a mulher, especificadamente a violência sexual, como por exemplo, as redes de atendimentos e o número substancial desses agressores presos e/ou em processo judicial.

Ao definir esses eixos a rede de atenção se fortaleceu gerando outros caminhos para essas mulheres, visando garantir um maior aporte de serviços especializados de atendimento à mulher em especial, como os Centros de Referência de Atendimento à Mulher, as Casas Abrigo, as Casas de Acolhimento Provisório, os Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, as Promotorias Especializadas, os Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Dentre todas as ações, normas e leis, a mais recente é a Lei da importunação sexual nº 13.718 de 2018, essa que caracteriza os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, fazendo com que se diminua a recorrência dos assédios sexuais em locais públicos e privados. (ZANELLO et al., 2017; BRASIL, 2018).

Nesta perspectiva, apesar dos avanços com inúmeras transformações históricas nas políticas públicas, ainda em alguns locais, a violência contra a mulher se expressa com um aumento dessas práticas, embora não sejam justificados como crimes de honra. Tal situação demonstra o caráter crônico reforçando cultura de impunidade do agravo, e está intrínseco na violência de gênero, isso demonstra que, o sistema é constituído sócio historicamente em função

de representações, do gênero e dos valores. Mesmo com a Lei Orgânica da Saúde instituída pelo MS, há uma defasagem nas políticas públicas que forma propostas durante todo esse percurso histórico para o atendimento integral às mulheres em situação de violência.

Dentre as dificuldades, a assistência especializada, que perpassa da unidade gestora até os profissionais de saúde, esse foi um dos embates para a qualidade desse atendimento, onde os mesmos não se sentem capacitados para tal suporte, além da falta de equipamento. Portanto, a saúde é um direito fundamental do ser humano, com isso, o quão é importante perceber e analisar o atual contexto político atual, e as inúmeras rupturas das propostas, termos, normas e leis adquiridas por essas lutas. Porém, as mulheres em situação de violência buscam apoio em diversos locais ao longo da vida, construindo assim uma rota crítica (VELHO 2016).

### **2.3.1 Aspectos legais da violência sexual - a Lei Maria da Penha e suas implicações**

Sancionada em 7 de agosto de 2006, pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a Lei 11340/06 entrou em vigor no mês de setembro do mesmo ano, com o objetivo de punir com mais rigor os autores de violência contra a mulher no âmbito doméstico e familiar (BRASIL, 2013). Essa norma passou a ser chamada de Lei Maria da Penha em homenagem a Maria da Penha Fernandes, vítima de violência e que teve participação fundamental na sua criação e implementação. A participação dessa mulher se deu pela falta de efetividade do sistema judicial frente a sua luta para punir seu agressor que motivou, em 1998, a apresentação do caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), por meio de petição conjunta das entidades CEJIL-Brasil (Centro para a Justiça e o Direito Internacional) e CLADEM- Brasil (Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher).

Assim, em 2001, após 18 anos da prática do crime, em decisão inédita, a Comissão Interamericana condenou o Estado brasileiro por negligência e omissão em relação à violência doméstica recomendando ao Estado, dentre outras medidas, “prosseguir e intensificar o processo de reforma, a fim de romper com a tolerância estatal e o tratamento discriminatório com respeito a todos os tipos de violência contra as mulheres no Brasil (ONU, 2011).

Assim, condenado por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica contra as mulheres é recomendada a finalização do processo penal do agressor de Maria da Penha. A realização de investigações sobre as irregularidades e atrasos nos processos, nas reparações simbólicas e material à vítima pela falha do Estado em oferecê-la um recurso adequado, sobretudo, pela adoção de políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher. Com isso, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da

Presidência da República (criada pela Lei 10.683 de 2003- que foi transformado em Ministério das Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos – criado pela Medida Provisória 696 de 2015 e atualmente extinto) coordenou um grupo de trabalho formado por representantes de diversos ministérios e um consórcio de ONGs para a elaboração de um projeto de lei de combate à violência contra a mulher, resultando na Lei Maria da Penha.

Desse modo é como parte das políticas públicas para prevenção e erradicação da violência contra a mulher e como uma concretização dos documentos internacionais ratificados pelo Brasil que nasce a Lei 11340/2006 mais conhecida como Lei Maria da Penha. Esse dispositivo legal vai ao encontro do compromisso do Estado brasileiro de tutelar os direitos fundamentais das mulheres, proteção expressa no Art.226, parágrafo 8º da CF/1988, que prescreve “ O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações, “não se trata de um dispositivo penal, embora muitos assim a vejam, mais de uma lei que busca punir toda e qualquer tipo de violência doméstica e familiar, qualquer ação que cause morte, lesão, agressão física, sexual, psicológica, dano moral ou patrimonial à mulher no âmbito das relações familiares, assim como prestar assistência às vítimas, no âmbito penal, civil e trabalhista.

Para atingir seu objetivo, ela traz inovações como: define a violência doméstica, sexual e familiar; determina que a mulher somente possa renunciar à representação em juízo; proíbe penas pecuniárias; veda a entrega da intimação pela mulher ao agressor; determina que a vítima seja notificada dos atos processuais, em especial quando do ingresso ou saída do agressor da prisão; a mulher deverá ser acompanhada de advogado ou defensor em todos os atos processuais; retira dos Juizados Criminais Especiais a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher, com competência civil e criminal; altera o código de processo penal para possibilitar ao juiz a decretação da prisão preventiva em crimes punidos com detenção, quando houver risco à integridade física e psicológica da mulher; altera também a Lei de Execuções Penais para permitir ao juiz determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação e cria as medidas protetivas.

Recentemente a lei sofreu alterações nas medidas protetivas, permitindo a apreensão imediata de arma de fogo em posse do agressor; que o agressor seja imediatamente afastado do domínio sem a prévia determinação de um juiz e, também, dá prioridade à matrícula de dependentes de mulheres vítimas de violência domésticas e sexuais em instituições de ensino mais próximas de seu domicílio. As medidas protetivas, previstas nessa legislação, obrigam o Estado a proteger as mulheres vítimas de violência e visam reduzir a violência de gênero. São dois tipos de medidas protetivas previstas na lei: as que obrigam o agressor a determinadas

condutase as que visam a proteção da mulher. É no âmbito dessa proteção, ou seja, no cuidado com a vítima trabalhadora que o art. 9º está inserido. Ele prescreve que:

“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) ”.

Neste contexto, o discurso jurídico e social munido de suas técnicas, produziu uma forma de pensar a mulher como sujeito inumano e, por isso, possível de ser morta até mesmo para “lavar” a honra masculina desde As ordenações Filipinas. Essa legislação não tinha como princípio a igualdade dos indivíduos, pois à mulher não era dado o direito a fala e quem decidia sobre sua vida era seu pai ou marido (RAMOS, 2012). As Ordenações Filipinas possuíam o perfil do conservadorismo Patriarcal por isso era lícito ao homem/marido castigar suas mulheres (MIRANDA, 2010).

O patriarcado é um conceito, em geral utilizado para nomear os sistemas ou relações de subordinação das mulheres em relação aos homens, essas, construída na base da força e da violência sexual exercida contra as mulheres, na qual a violação é seu mecanismo principal de domínio (MILLET apud Costa 1998). Esta apropriação sexual de poder está fundamentada biologicamente na função reprodutiva da mulher também chamado de patriarcado, esses, que não é uma estrutura estática, ela vem ganhando contornos específicos a depender do tempo histórico e das múltiplas formas de imbricação com o capitalismo e o racismo. Tais estruturas pelo qual esse sistema opera é são as relações de produção na esfera doméstica, as relações patriarcais no trabalho assalariado, as relações patriarcais no Estado, as relações patriarcais na sexualidade, as instituições culturais patriarcais, a violações sexuais e a violência masculina. Embora, a violência masculina continua legitimada e legalizada nos códigos criminais que se seguiram às ordenações Filipinas, o Código de 1830, conhecido como Código Criminal do Império do Brasil, manteve as injustiças e os castigos sendo lícito ao marido castigar sua esposa quando achasse necessário (SEVERI, 2016).

Esta prática continuou sendo aceita e era justificável o crime praticado pelo marido contra a mulher adúltera, pois, o art. n° 14, § 2° prescrevem que “não haverá punição para o delito praticado em defesa da própria pessoa, ou de seus direitos”. O código de 1890, necessário após a abolição da escravatura, não traz mudanças efetivas em relação à igualdade de gênero mantendo sua visão hegemônica, um exemplo disso, é a punição por crime de estupro com pena diferenciada para quem o praticava contra uma prostituta ou uma “mulher honesta”, a expressão só foi retirada do código penal vigente em 2009. O código Penal de 1940, vigente até nossos dias, embora não mais permita o crime para lavar a honra o seu art. n° 121 possibilita que a pena seja reduzida de um sexto a um terço se o ato criminoso resulte de uma violenta emoção, tese muito usada na jurisdição para defesa de feminicídios, ainda assim, esse código não absolve o criminoso que mata sua esposa, mas permite a possibilidade da redução da pena (RAMOS, 2012).

Nessa perspectiva, após décadas de legislação machista e condescendente com a violência contra a mulher, o Brasil, a partir de pressões dos movimentos sociais, começa a mudar suas leis no sentido de reconhecer que práticas culturalmente machistas, são, na realidade, uma repercussão deste agravo. O discurso jurídico e social munido de suas técnicas produziu uma forma de pensar a mulher como sujeito inumano e, por isso, possível de ser morta até mesmo para “lavar” a honra, essa legislação não tinha como princípio a igualdade dos indivíduos, pois à mulher não era dado o direito a fala e quem decidia sobre sua vida era seu pai ou marido (MIRANDA, 2010).

## 2.4 ASSISTÊNCIA AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

As mulheres que sofreram violência sexual necessitam de acolhimento por parte dos profissionais de saúde e de toda a equipe de forma humanizada, este é o fator primordial para o não desencorajamento das mesmas, fazendo com que se estabeleça uma relação de confiança e afeto entre o profissional e esta mulher (HIGA, 2008). A humanização e o cuidado são muito importantes neste momento, pois a mulher já se encontra vulnerável. O processo do acolher imbuído no conjunto de medidas, posturas que a equipe de saúde deve ter naquele instante, essas ações irão garantir a credibilidade e confiança à mulher em situação de violência sexual. Este acolhimento embora esteja preconizado por uma Norma Técnica, imbuída na Lei 10.778/2003, que estabeleceu a notificação compulsória no território nacional dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. A mesma regulamentação foi instituída pelo Decreto-Lei 5.099/2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde

do Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM 2.406/2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do SUS por meio do uso da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências referindo aos tipos de violências sofridas e seus possíveis autores (PINTO et al., 2017).

No entanto, essas questões do conhecimento do acolher assertivo se esbarra nas dificuldades que como o despreparo para lidar com a paciente violentada, falta de comprometimento das redes de apoio, desqualificação da equipe de saúde para lidar com as vítimas de violência, ademais, os problemas advindos da violência precisam ser debatidos e as ações de enfrentamento planejadas de forma contínua. Todavia, existem órgãos que têm práticas efetivas no atendimento as pessoas em situação de violência, destaque para as instituições de referência. Na Bahia, no município de Salvador tem o Hospital da Mulher, instituição que conta com setor especializado no atendimento as demandas de VS, o Serviço de Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Sexual (AME). Desde o ano de 2017, este hospital dispõe de equipe devidamente treinada para prestar assistência à mulher vítima de violência sexual através de protocolos multidisciplinares contidos na Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”, divulgada em 2012 pelo Ministério da Saúde, esse que foi instituído um protocolo de caráter emergencial que promove o suporte necessário à mulher que sofre esse tipo de agravo. Portanto, o fluxo de atendimento a essas mulheres tem o objetivo de promover acima de tudo, uma atuação qualificada e eficaz nos casos de violência a fim de garantir os direitos no âmbito da saúde das mulheres de forma equânime e integral. (SESAB, 2019).

A utilização de um protocolo de atendimento se torna imprescindível para orientar o cuidado, todos os profissionais têm papel fundamental na assistência, em especial os de enfermagem visto que têm maior contato com as vítimas, e pode ter grande contribuição para minimizar os efeitos traumáticos, que por ventura venham a acometer essas mulheres. Neste sentido, a equipe da enfermagem tem um papel providencial podendo garantir registro adequado das intervenções e a notificação.

Ao receber essas vítimas, é preciso que ela tenha todas as informações inerentes aos procedimentos, das etapas a serem adotadas e a importância de cada momento que se compreende nas fases de pós-púbere, menopausada e não púbere que corresponde a adolescentes maiores de 14 anos. Caso essas mulheres sejam desfavoráveis e tenha alguma recusa é preciso respeitar a autonomia, pois as mesmas necessitam muito mais que aplicabilidade de protocolos, elas esperam receber um tratamento digno e um apoio emocional. Faz-se necessário que este atendimento seja prestado por uma equipe interdisciplinar composta

por especialista médico (a), ginecologista, pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, enfermagem, psiquiatria, assistente social ou outras especialidades, portanto que todos sejam sensibilizados e capacitados para as questões de violência contra a mulher e violência de gênero, afim de ofertar um suporte adequado para essas demandas (BRASIL, 2005).

Para compreender o fluxo da assistência a mulher vítima de violência sexual é preciso conhecer o atendimento que ocorre da seguinte maneira: a vítima deverá ser recebida pela equipe de apoio, depois é acolhida pela equipe de enfermagem, consolida os dados nos registros digitais, assim como a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no qual, tem a função de coletar dados relevantes durante a consulta e informar para a equipe, posteriormente a vítima é recebida pelo profissional médico (a) onde dá seguimento as devidas deliberações, a depender do quadro clínico de cada pessoa. São ofertadas a anticoncepção de emergência e a profilaxia pós-exposição-PEP, caso o fato tenha ocorrido em até 72 horas; em seguida são feitos os testes e exames laboratoriais, caso a violência sexual seja entendida e essa vítima confirme a gestação até 11 semanas, e que esteja de acordo fazer a interrupção da gestação, a paciente é internada para continuar com os procedimentos legais, assim dando início ao procedimento de justificação e autorização para interrupção da gestação prevista por lei e a depender de cada instituição prover esse tipo de procedimento. Após esse momento a vítima é liberada com a ressalva do retorno para avaliação com o corpo clínico e a psicologia até seis meses. Vale salientar que em todo processo, a mulher e o ente familiar deverão também receber atenção psicossocial. Além disso, os mesmos podem sinalizar a necessidade de incluir a psiquiatria nesse serviço, pois esse atendimento varia de acordo com as especificidades de cada mulher.

No que concerne no suporte, o atendimento ocorre de forma imediata, até o 5º dia após a VS, importante sempre explicar os riscos de gravidez, de infecções IST'S e HIV e quais estão disponíveis, como AE e a quimoprofilaxia. Ressaltar a necessidade de coletar material forense (coleta de esperma em papel filtro) bem como, explicar sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento como: Anticoncepção de Emergência (AE), quimoprofilaxia para IST'S, antirretrovirais (ARV), vacina e gamaglobulina para hepatite B. Fazer a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C e administrar medicamentos profiláticos como vacina e gamaglobulina, assim como explicar as manifestações clínicas de infecções geniturinárias e os efeitos adversos. É muito valoroso ofertar um banho e oferecer troca de roupa, do mesmo jeito que acolher e orientar familiares e/ou acompanhantes com objetivo de que os mesmos proporcionem apoio no convívio diário.

Esse acolhimento deve ser princípio a ser seguido por todas as instituições e Rede de

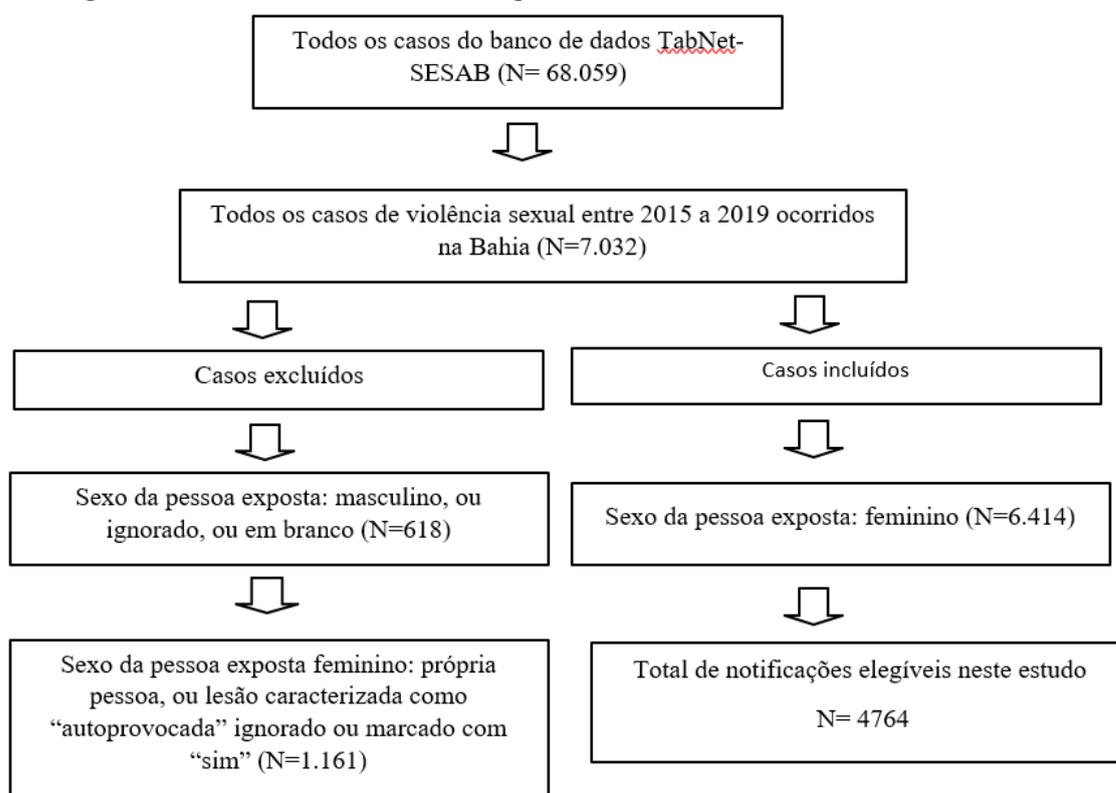
Enfretamento à VS, no sentido alinhar as ações e que essas mulheres se sintam protegidas e seguras e, assim, deem prosseguimento ao atendimento em sua completude. No entanto, no caso de VS em crianças e adolescentes o suporte é o mesmo, porém, é pré-estabelecido a necessidade de serviços de orientação e prevenção para essas crianças (FOELKEL, 2014). Igualmente, é importante salientar que os casos de VS podem e devem ser atendidos através de encaminhamentos realizados pela rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, por meio de órgãos judiciais, policiais e de saúde: Primeira, Segunda e Terceira Varas de Violência Domésticas, Instituto Médico Legal (IML), Delegacia Especial de Atenção à Mulher (DEAM's), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e Central Estadual de Regulação da Bahia (CER-BA) e/ou alguma instituição que seja porta aberta (SESAB, 2019).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico do tipo exploratório de tendência temporal, com dados secundários do SINAN. Nessa forma metodológica, a (o) pesquisadora (o) busca compreender os fatores e a expressão coletiva de um fenômeno na coletividade, permitindo comparar a doença/condição numa população verificando a possível ocorrência de associação entre elas numa mesma janela temporal (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003). Ou seja, a metodologia empregada no estudo busca compreender os fatores de risco a partir da análise dos caracteres individuais, relacionais, comunitários e sociais das mulheres expostas à violência (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A população do estudo foi constituída por mulheres expostas à violência sexual na Bahia entre 2015 a 2019 e que tiveram tais ocorrências reportadas à autoridade epidemiológica por meio da ficha de notificação compulsória de casos de violência interpessoal e autoprovocada. Assim, a coleta foi realizada em banco de dados público, disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através do SINAN, em julho de 2020.

Os critérios para inclusão ou exclusão deste estudo foram pensados com fins numa amostra que caracterizasse com maior qualidade o problema do estudo. Foram incluídas na pesquisa as notificações que classificaram como principal agravo a violência sexual contra pessoas de sexo feminino. Foram excluídas as fichas que informavam o suposto autor a própria pessoa e/ou aquelas que classificaram a lesão enquanto autoprovocada, visto que a violência sexual é caracterizada enquanto um tipo de violação perpetrada por outra pessoa através da coação, ou ameaça, ou uso da força (BRASIL, 2016). A análise de deu a partir de 4764 notificações.

**Figura 1** – Critérios de inclusão e exclusão para o estudo

Fonte: Elaboração própria, 2020.

As variáveis analisadas foram: ano de ocorrência; tipo de violência sexual (assédio sexual, atentado violento ao pudor, estupro, exploração sexual, pornografia infantil e outras violências); local de ocorrência; aspectos sociodemográfico da mulher (idade, escolaridade e raça/cor); características do autor (sexo e vínculo); condutas de saúde (coleta de material biológico, profilaxias para IST's, HIV e gravidez e aborto previsto em lei).

Para análise dos dados foi utilizado o programa *TabWin32* do DATASUS. Foram calculadas as frequências relativas de acordo com o número absoluto de cada variável. O estudo não precisou ser encaminhado para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa, por se tratar de uma análise realizada com dados secundários de acesso público, em que não há possibilidade de identificar as mulheres expostas ao fenômeno, bem como os profissionais que realizaram as notificações.

## 4 RESULTADOS

No período de 2015 a 2019, foram registradas 4764 notificações relativas à violência sexual contra a mulher. Observou-se crescimento ao longo dos anos, sendo que 2019 (N=1159, FP=15,41%) apresentou o maior número de notificações de casos suspeitos ou confirmados em comparação aos demais.

**Tabela 1** – Notificações de violência sexual contra a mulher na Bahia entre 2015 a 2019

Ano	N	%
2015	734	15,41%
2016	847	17,78%
2017	920	19,31%
2018	1104	23,17%
2019	1159	24,33%
Total	4764	100,00%

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, 2020

Sobre a tipificação dos atos violentos (Tabela 2), o levantamento sugere que uma mesma mulher pode ter sido exposta a mais de uma expressão de violência sexual, visto que houve 4884 registros para essa variável, número acima do total de casos notificados (N=4674). O estupro foi o ato violento mais identificado no período (67,24%), seguido de assédio sexual (21,66%).

Com relação ao local de ocorrência da violência sexual (Tabela 2), a pesquisa apontou o âmbito doméstico como cenário de maiores índices das ocorrências (66,41%), seguida pela via pública (16,34%). Chama atenção que, apesar de diversas possibilidades de cenários existentes nos formulários e sistemas, muitos registros se referiam ao cenário da ocorrência com a opção “outros” (12,42%).

**Tabela 2** – Tipo e local de ocorrência da violência sexual notificados entre 2015 a 2019, na Bahia, Brasil

<b>Tipo de Violência Sexual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Assédio Sexual	1058	21,66%
Atentado Violento ao Pudor	-	-
Estupro	3284	67,24%
Exploração Sexual	132	2,70%
Pornografia Infantil	102	2,09%
Outras Violências	308	6,31%
Total	4884	100,00%
<b>Local de Ocorrência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Residência	2942	66,41%
Via Pública	724	16,34%
Outros Locais	550	12,42%
Escola	58	1,31%
Bar/Similar	50	0,13%
Habitação Coletiva	43	0,97%
Comércio/Serviços	36	0,81%

Indústria/Construção	12	0,27%
Total	4430	100,00%

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, 2020

Acerca do perfil sociodemográfico das mulheres atingidas pela violência sexual (Tabela 3), a pesquisa evidenciou maior número de casos entre àquelas com idades entre 10 a 19 anos (N=1787, FP=37,51%), autodeclaradas pardas (N=2689, FP56,44%), com escolaridade até o ensino fundamental (N=1726, FP=36,23%) e solteiras (N=2590, FP= 54,37%). Entre todas as variáveis analisadas neste estudo, apenas no que se refere à faixa etária das mulheres vítimas de violência, houve completude dos dados em 100% das informações. A variável escolaridade não apresentou um fechamento total da somatória, alcançando 40% do total, assim como os quesitos raça/cor (89,07%) e situação conjugal (95,06%).

**Tabela 3** – Aspectos sociodemográfico das vítimas de violência sexual na Bahia entre 2015 a 2019

Variável	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
De 0 a 9 anos	777	16,31%
De 10 a 19 anos	1787	37,51%
De 20 a 29 anos	868	18,22%
De 30 a 34 anos	733	15,39%
De 40 a 49 anos	374	7,83%
De 50 a 59 anos	142	2,98%
60 anos ou mais	84	1,76%
Total	4764	100,00%
<b>Raça/Cor</b>		
Amarela	37	0,78%
Branca	588	12,34%
Indígena	34	0,71%
Parda	2689	56,44%
Preta	943	19,79%
Ignorado/Em Branco	473	9,93%
Total	4764	100,00%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	50	1,05%
Ensino Fundamental Completo e Incompleto	1726	36,23%
Ensino Médio Completo e Incompleto	1065	22,35%
Ensino Superior Completo e Incompleto	379	7,96%
Ignorados/Em Branco	984	60,35%
Não se Aplica	560	11,75%
Total	4764	100,00%
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteira	2590	54,37%
Casada/União Consensual	739	15,51%
Viúva	34	0,71%
Separada	167	3,51%
Não se Aplica	929	19,50%
Ignorado/Em Branco	305	6,40%

Total	4764	100,00%
-------	------	---------

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, 2020

No que tange aos possíveis autores da violência sexual (Tabela 4), as informações coletadas revelam quase totalidade de homens (N=4525, FP=94,98%) e mais de 70% com algum tipo de vínculo com as vítimas. Alerta para autoria de parceiros ou ex-parceiros íntimos (N=1293, FP27,01%) e de pessoas desconhecidas (N=1292, FP=26,78%). Chama atenção o número superior de possíveis autores (N=4826) em relação ao número total de registros (N=4764), sugerindo que, em alguns casos, houve mais de um autor para os crimes sexuais, ou a imprecisão no relato ou diagnóstico da agressão.

**Tabela 4** – Características dos possíveis autores de violência sexual contra mulheres na Bahia entre 2015 a 2019 quanto ao vínculo e sexo

Variável	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	4525	94,98%
Feminino	82	1,72%
Ambos os Sexos	38	0,80%
Ignorado	118	2,48%
Em Branco	1	0,02%
Total	4764	100,00%
<b>Vínculo</b>		
Cônjuge, Ex-Cônjuge, Namorado, Ex-Namorado	1293	27,01%
Desconhecidos	1292	26,78%
Amigos/Conhecidos	951	19,70%
Pai, Padrasto, Irmão, Mãe e Madrasta, Filho	665	13,77%
Outros Vínculos	551	11,41%
Cuidador, Patrão/Chefe, Pessoa com relação institucional, Policial/Agente da lei	74	1,53%
Total	4826	100,00%

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, 2020

Quanto às condutas adotadas no âmbito da saúde, foram registrados diversos procedimentos, tais como: coleta de material biológico (sangue, secreção vaginal e sêmen), profilaxias para IST/HIV e hepatite B, contracepção de emergência e aborto previsto em lei (Tabela 5). O levantamento de dados apontou para as profilaxias como os procedimentos mais realizados (N=3225). Quase metade dessas condutas são referentes à prevenção do HIV (N=1359, FR= 42,14%); seguida pelas coletas de material biológico (N=1752), com destaque para a coleta de sangue (N=1453, FR=89,93%); contracepções de emergência (N=725); e, por último, os abortos (N=94).

**Tabela 5** – Condutas de saúde registradas nas notificações de violência sexual contra mulheres na Bahia

entre 2015 a 2019

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>Coleta de Material Biológico</b>		
Coleta de Sangue	1453	82,93%
Coleta de Sêmen	87	4,97%
Coleta de Secreção Vaginal	212	12,10%
Total	1752	100,00
<b>Profilaxia</b>		
HIV	1359	42,14%
DST	1210	37,52%
Hepatite B	656	20,34%
Total	3225	100,00%
<b>Contracepção de Emergência</b>		
Total	784	100,00%
<b>Aborto</b>		
Total	94	100,00%

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, 2020

## 5 DISCUSSÃO

Com base nas notificações de violência sexual, observou-se crescimento de 57,9% nos casos entre 2015 e 2019, elevação também registrada em estudo sobre as notificações feitas entre 2009 a 2013 em todo território brasileiro (79,7%) (GASPAR; PEREIRA, 2018). Em que pese a diferença de percentual, o aumento no volume de reportes epidemiológicos sobre a violência sexual ao tempo que nos remete ao avanço do fenômeno pode significar também a maior visibilidade do problema.

No entanto, em que tange o crescimento significativo nas notificações anualmente, é preciso pontuar que os números não correspondem ao total de pessoas que são expostas à violência sexual. Entraves possivelmente colaboram para isso, muitas vítimas silenciam as agressões em virtude de sensações de incapacidade e medo de reportar o problema aos profissionais. A escassez de fichas de notificação é realidade dos serviços de saúde, como aponta estudo realizado com enfermeiras da APS na região Norte do Brasil (SILVA et al., 2017). Outros obstáculos consistem na insegurança de profissionais para realizar a notificação e o tempo insuficiente dos atendimentos (D'OLIVEIRA, 2017). Assim, partindo da ideia que é imprescindível a intervenção nos casos de violência sexual, sendo este multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional, é preciso criar uma cultura que seja capaz de compreender a construção de mecanismos eficazes de avaliação dessas mulheres, assim, sensibilizando as pessoas para dimensão do agravo, a fim de criar mecanismos para intervenção, para que os profissionais possam dar a atenção integral às vítimas, às suas famílias e agressores (BRASIL, 2015). Vale destacar que ainda que as mulheres com história de abuso sexual acessem os serviços isso não significa que suas vivências cheguem ao conhecimento da autarquia epidemiológica e, conseqüentemente, sejam notificados.

A expressão da violência sexual mais notificada foi o estupro, provavelmente pelo fato de tal agravo ser reconhecido com maior facilidade tanto pelas mulheres, quanto pelos profissionais de saúde. Essa forma de VS se caracteriza pelo contato físico e, por isso, podem deixar marcas visíveis no corpo das mulheres expostas, ao contrário de outras que não estabelecem contato, mas que também atingem gravemente as mulheres acarretando repercussões psíquicas, mas tendem a ser menos percebidas, denunciadas, negligenciadas e até pomenorizadas, como apontou pesquisa com enfermeiras de um serviço da AB realizado no Brasil (SILVA et al., 2017).

No ano de 1993, foi assinada a Declaração de Viena, que desmembrou a temática da violência em intensidades e tipificações abrangendo a discriminação cultural e tráfico de

pessoas, no entanto, é importante ressaltar é que, nos dias atuais, o desejo do homem ainda é colocado como prioridade em relação ao das mulheres, as quais são vistas como objetos de satisfação dos seus desejos e reprodução, por isso, esta percepção vem com o advento do capitalismo, onde o trabalho passa a ser mais valorizado e o sexo passa a ser refreado na sociedade, pois se baseia numa ideia de procriação o que distanciava as mulheres do mercado. Isso pode se justificar o distanciamento da sexualidade, onde as mulheres acabam por não conhecerem seus corpos e o prazer. Por isso, muitas delas podem passar anos sem conhecer e sentir orgasmos na relação sexual, principalmente quando estiver aliada a obrigatoriedade.

É importante salientar que o trauma pode repercutir de forma a paralisar a pessoa que a experiência. Esse mecanismo de resposta do corpo a esta vivência, conhecido por fisiologistas como neurobiologia do trauma, que é o estado alterado de “imobilidade” ou de “congelamento”, corresponde a uma das três respostas primárias também existentes em seres humanos, sendo as outras duas a luta e fuga (ZANELLO, 2018). Arelado a isso, tem o sentimento de culpa que essas mulheres carregam consigo, principalmente quando o ato se justifica pelo comportamento da mulher, argumentos esses, que sustentam a cultura do estupro, sobretudo, se tornando “permissível”, especialmente no âmbito da conjugalidade, algo que as tecnologias de gênero têm contribuindo para a naturalização do mesmo.

Percebe-se, pois, que as marcas físicas funcionam enquanto sinalizadores do rastreamento do fenômeno, o que pode ter influenciado no fato do estupro constituir-se enquanto expressão da violência sexual mais notificada. A ocorrência de estupro implica na necessidade de uma série de condutas e medidas para prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, isso pode justificar a denúncia e busca de pessoas por atendimento de saúde além da implementação de condutas de investigação e conseqüentemente notificação do agravo.

Importante ressaltar acerca da inexistência de notificação de casos de atentado violento ao pudor, que vigorou de 1940, com o Decreto-Lei n. 2.848 (Código Penal), até 2009 com Lei 12.015/2009 (BRASIL, 2009). Conhecido no Direito Penal brasileiro pela sigla AVP, diferenciava-se do estupro por este, na época, remeter apenas a situações de sexo vaginal, ou seja, quando a vítima do ato sexual era do sexo feminino. Apesar da mudança no Código Penal, o termo ainda está presente na ficha de notificação, o que remete para necessidade de sua atualização.

Dos avanços que foram promulgados para o enfrentamento da violência sexual contra as mulheres em 2003 destacam-se ainda os investimentos relacionados às Tecnologias de saúde e Sistema de informação em saúde. Neste mesmo ano regulamentado pelo Decreto-Lei 5.099/2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

através da Portaria MS/GM 2.406/2004, foi criada a Lei 10.778/2003, que estabeleceu a notificação compulsória no território nacional dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privada. Essa lei implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do SUS por meio do uso da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências referindo aos tipos de violências sofridas e seus possíveis autores (BRASIL, 2018).

Apesar da mudança no Código Penal, o termo ainda está presente na ficha de notificação, o que remeteu a necessidade de sua atualização. Em 2015, a Secretaria de Vigilância em Saúde, apresentou uma nova versão da ficha de notificação, no qual foi inserida orientação sexual, nome social, identidade de gênero, ciclo de vida no sentido de contemplar as relações homo afetivas e motivação da violência, assim fortalecendo o direito ao atendimento sem a necessidade da mulher apresentar boletim de ocorrência policial. O documento reforçou também o que já era preconizado pelo Art. 128 do Código Penal Brasileiro datado de 1940, que dispensa a necessidade de ocorrência policial nos casos de gravidez oriunda da violência sexual, além disso, a norma técnica consolidou os avanços do Programa DST/ AIDS.

Concomitante a isso, surgiu também um movimento de sensibilização de profissionais de saúde para facilitar a implementação desses novos elementos da ficha de notificação nos atendimentos à violência sexual. Isso ocorre principalmente quando a vítima chega ao serviço de saúde sem associar a sua necessidade a situação de violência, onde o olhar sensível e atencioso desses profissionais pode identificar o agravo e despertar cuidado direcionado às mulheres nessa situação, sobretudo por conta de seu caráter velado. No que refere à violência sexual, em 1999, o Ministério da Saúde (MS) publicou a 1ª edição da Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Este documento apresenta um protocolo de procedimentos profiláticos e recomendações gerais para atendimento e apoio psicossocial a essas mulheres.

Acerca do cenário para a prática da VS, as residências tiveram grande destaque no levantamento realizado e isso nos fez refletir sobre a representação do lar enquanto um lugar de conforto e segurança, o que não condiz com a realidade vivida pela população feminina.

Segundo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) de 2018 apontou um mapeamento com mais de 13 mil casos registrados de violência sexuais representados um percentual de 78,6% dos casos ocorridos dentro de casa e o perfil básico das vítimas foram às mulheres negras, jovens, de baixo potencial econômico, sem vínculo empregatício e de baixa escolaridade. Além desse cenário doméstico- familiar a violência sexual também se dá no ambiente público e apesar de se fazer presente no cotidiano de muitas mulheres, independente

do seu formato a violência sexual se compreende como assédio sexual, estupro, tentativa de estupro, telefonemas obscenos, atos obscenos, abuso sexual verbal, pornografia, atentado violento ao pudor e sedução, que podem ocorrer de forma conjugada com outros formatos de violências como a lesão corporal e tentativa de homicídio, embora, algumas pesquisas demonstram que, atrelado a isto se destacam os danos psicológicos (DAY et al., 2018).

Em situações de isolamento social, como durante a pandemia do COVID-19, a violência doméstica tende a ser intensificada, porque as mulheres ficam reclusas no lar junto com os autores dos abusos e, por medo da exposição ao vírus, buscam em menor frequência os serviços de enfrentamento ao problema (MAZZA et al., 2020; VIEIRA, GARCIA, MACIEL, 2020), os quais também encontram-se com atendimento reduzido, seja por conta da reorganização do serviço diante a quarentena, seja devido ao adoecimento ou afastamento de funcionários que encontram-se no grupo de risco da doença.

No que concerne às características das mulheres, o estudo aponta que o fenômeno pode atingi-las em todo o ciclo de vida, com maior frequência àquelas em idade fértil. Conjecturas a esse respeito podem ser feitas entre elas a visibilidade desses grupos nos serviços de saúde, a busca mais frequente por assistência e, com isso, a notificação torna-se maior, visto que o percentual de meninas com 10 a 19 anos foi superior às demais faixas etárias. Em levantamento nacional sobre o problema, estudo com dados de 127.585 denúncias de estupro realizadas em 2017 e 2018, nas 27 Unidades Federativas brasileiras, concluiu que 53,3% das que estiveram expostas ao problema tinham menos de 13 anos (BUENO et al., 2019). A esse respeito, as alterações comportamentais em crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde, como o medo e a necessidade do isolamento, foram apontados como sinalizadores para suspeita de abuso sexual em estudo com profissionais de saúde em um estado do Brasil (VELOSO; MAGALHÃES; CABRAL, 2017).

No que se refere às mulheres idosas expostas ao problema, um estudo com 39 pessoas com 70 anos de idade que sofreram abuso sexual, os autores foram principalmente seus cuidadores (LEE et al., 2019). Talvez a busca por assistência de saúde seja reduzida entre as mulheres maduras vitimizadas pela violência sexual e seus sinais podem ser negligenciados aos olhos dos profissionais de saúde, o que pode estar interferindo nos baixos números de notificações. A violência contra a pessoa idosa é, inicialmente, tratada como uma questão geracional atrelada à perda das capacidades biológicas e pela influência deste fato nos rituais de transição etários nas sociedades (MANNHEIM, 1952).

Sobre o quesito cor, a investigação identificou maior número das mulheres autodeclaradas negra (N=3829 FP=76,23%) entre as que mais sofreram violência sexual, o que

pode ser reflexo da identidade racial do estado, que conta com 81,1% de pessoas autodeclaradas negras (IBGE, 2019), embora pesquisa brasileira com análise das notificações de violência sexual entre 2009 a 2013 corrobora que esse grupo racial é o mais atingido pelo agravo (GASPAR; PEREIRA, 2018). Os dados sobre raça reportada neste estudo também denunciam a negativa herança de um Brasil colonial, patriarcal, baseado na escravidão, que naturalizou a violência contra todo povo negro que vive nesse país. A violência sexual aparece intensificada entre as mulheres negras e deve ser interpretada como uma das muitas repercussões negativas do racismo estrutural, que vitimiza em maior proporção e crueldade mulheres não brancas.

Dados apresentados pelo Mapa da Violência de 2015, apresentou que as mulheres negras ainda sofrem com a invisibilidade, portanto as ações de prevenções e de enfrentamento nem sempre incluem este grupo. O aumento das mortes em decorrência da violência e a relação deste quantitativo com o quesito cor direcionam para necessidade de intervenções específicas para essa população. As taxas de homicídio da população branca diminuíram, enquanto os da população negra aumentaram. A violência contra brancas caíram 11, 9%, de 3,6 por 100 mil brancas em 2003, para 3,2 em 2013. Em contrapartida, as taxas das mulheres negras cresceram 19,5% período de 4,5 para 5,4 por 100 mil mulheres. Proporcionalmente morriam assassinadas 22,9% mais negras do que brancas. O índice foi crescendo lentamente ao longo dos anos para em 2013, chegar a 66,7% (JACOBO, 2015). Esse quadro revela que as vítimas que sofrem a violência no Brasil têm cor, esses dados reafirmam o cenário obscuro que envolve as mulheres negras. Na Bahia, na cidade de Salvador a violência também tem cor.

No Brasil, as mulheres negras ainda são a maioria das vítimas registradas em casos de estupro e outras formas de abuso sexual. Conforme a Central de Atendimento à Mulher (Disque 180), em 2013, 59% dos 485.105 registros de violência referem-se a mulheres negras (BRASIL, 2015). Outro estudo nacional realizado pelo Instituto de Segurança Pública (ISP) no Rio de Janeiro concluiu que 56,8% (4.013) das vítimas de estupros também eram negras (BRASIL, 2016). Assim, combater esses comportamentos, tão enraizados em nossa sociedade, refletirá também em menores taxas de violações contra essas mulheres. Neste sentido, pensamos que as mulheres negras são grupo prioritário, foco para elaboração das políticas públicas, é importante garantir a saúde como direito equitativo (CRIOLA, 2010).

Outro fator associado às desigualdades sociais no Brasil é o acesso a educação formal. Considerando o panorama da região avaliada nesta pesquisa, os resultados revelam que mulheres com baixa escolaridade foram mais frequentes entre as que estiveram em situação de violência sexual, corroborando com pesquisa sobre violência doméstica realizada com mulheres da Turquia, em que a situação de baixa escolaridade se mostrou mais frequente entre as que

vivenciaram o abuso na conjugalidade (ASLAN et al., 2019). Já é sabido que a precariedade de acesso aos estudos pode condicionar as mulheres a exposição a diversas situações de risco como desemprego ou a atividades laborais com baixa remuneração, busca de subsistência em atividades insalubres, dependência financeira dos seus cônjuges e outras experiências que podem torná-las vulneráveis às violências em geral.

Por conseguinte, os marcadores sociais se articulam, desse modo idade, raça, escolaridade, classe social dialogam entre si, se sobrepõem e acentuam as desigualdades entre os sujeitos. Seguramente esses indicadores inferem diretamente no acesso a saúde de qualidade, assim como, a educação, moradia e emprego.

A interseccionalidade dos marcadores sociais viabiliza compreender a especificidade do perfil encontrado de mulheres em situação de violência sexual. O termo interseccionalidade surgiu na década de 80, muito embora os movimentos feministas negros já promovessem a discussão deste conceito sem denominá-lo. Desde essa época, havia a percepção de que ser mulher e negra eram elementos indissociáveis, não havia como transacionar neste grupo de pertencimento, se ambos constituem sua própria existência (CRENSHAW, 2015).

Assim, a interseccionalidade propicia perceber que os marcadores sociais têm uma atuação na identificação desses grupos vulneráveis, e estão intrinsecamente ligados a compressão da violência. As iniquidades entre os sujeitos transcendem as correntes teóricas, a sexualização dos corpos está embutida no estupro enquanto violência sexual, algo que age de forma conjunta e sobreposta, uma vez que as mulheres são vulnerabilizadas pelo gênero e cor.

No que diz respeito à análise da situação conjugal, o levantamento demonstrou que um número significativo das pessoas expostas se declarou solteira e apenas 15,51% foram caracterizadas como casadas ou em união estável. Todavia, importante assinalar que, quando expostas ao fenômeno sob autoria de seus maridos, as mulheres podem naturalizar esses atos sob a ideiação de que se trata de uma obrigação inerente ao casamento, como revelou pesquisa com mulheres em processo judicial por violência conjugal (CARNEIRO et al., 2019). Provavelmente, o silenciamento sobre o estupro marital e, talvez, a maior exposição de mulheres solteiras à violência sexual por homens sem vínculo amoroso justifiquem os dados aqui apresentados. Evidência disso é que, apesar do menor número de mulheres que se declaram em uma relação conjugal, os parceiros e ex-parceiros íntimos tiveram destaque na análise no que diz respeito aos autores do abuso, na sua maioria homens que apresentavam vínculos de proximidade com as usuárias.

A amplitude etária das mulheres notificadas adotada nos critérios de inclusão do estudo nos faz buscar por uma reflexão mais aprofundada sobre o perfil dos autores baseados no ciclo

de vida em que se encontram as pessoas que vivenciam o problema. Em nossa avaliação, os parentes de vínculo próximo (genitores, padrastos, irmãos e filhos) foram suspeitos em 13,77% registros, percentual próximo ao total de casos que envolveram crianças com menos de 10 anos (16,31%). Em pesquisa realizada no Canadá, com 3430 arquivos de casos jurídicos sobre abuso sexual infanto-juvenil, a autoria das violações identificadas em crianças costumava estar relacionada aos pais ou parentes próximos, enquanto que os envolvidos em abusos contra adolescentes foram homens do meio comunitário (GIROUX et al., 2018).

Nesse ínterim, o medo das repercussões físicas, como o adoecimento por ISTs ou a gravidez fruto do abuso, pode levar as mulheres atingidas a reportarem a vivência em busca de assistência em saúde. Nesses casos, os serviços de saúde devem preconizar por uma assistência que não revitimize uma mulher que apresenta sinais da exposição à violência sexual, pautando-se em um atendimento humanizado e baseado em evidências científicas. Em Norma Técnica sobre o assunto, o MS tece que, quando houver possibilidade, os profissionais de saúde façam a coleta de materiais biológicos que possam servir para identificar o autor e oferecer meios para diagnósticos, prevenção e tratamento de ISTs, HIV e Hepatites (BRASIL, 2015).

A implementação do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST's foi crucial para interação com questões relacionadas à violência sexual e às IST. Embora tenha proporcionado uma facilidade no acesso aos testes rápidos, sua implementação foi criticada em alguns estados, não recebendo o apoio necessário, isso foi consequência da não citação dessas ações pelo MS ou pela Secretaria de Saúde seria responsável pela execução da ação. Isto refletiu no manuseio dos testes rápidos e dos diagnósticos com destaque para a coleta de sangue (82,93%) apontado no nosso levantamento. Esses testes são eficazes no diagnóstico de quadros infecciosos prévios ao abuso e guiam a oferta, ou não, de profilaxias preventivas para o HIV e outras ISTs, além da orientação para situação vacinal por Hepatite B da usuária (BEZERRA et al., 2016; WOMEN'S MARCH GLOBAL, 2018; DELZIOVO et al., 2018; PASSOS, GOMES, GONÇALVES, 2018).

Por outro lado, as coletas de secreção vaginal são bastante inferiores em comparação à coleta de sangue. Esses resultados suscitam a possibilidade de existirem barreiras para realização de tais práticas, talvez pelas dificuldades enfrentadas pelas usuárias ou pela estrutura ineficaz dos serviços para sua realização. Um estudo sobre sentimentos e percepções de mulheres que engravidaram após estupro revelou que as participantes relataram a urgência na higienização pessoal atrelada à sensação de nojo do próprio corpo (NUNES; MORAIS, 2016). O banho após a violação pode funcionar com um conforto físico e mental após a vivência, contudo pode repercutir na redução de chances de identificação do autor da violência a partir

da coleta de material biológico.

Das 94 notificações que sinalizaram interrupções de gravidezes resultantes do abuso, cabe salientar que a gestação pode funcionar enquanto um sinalizador da exposição à VS, especialmente quando acomete crianças e adolescentes, por isso a importância da investigação quando estas buscam os serviços de pré-natal e maternidade. Outrossim, o quantitativo de casos acima nos convida a refletir sobre o acesso das mulheres aos serviços em tempo hábil, para que sejam submetidas à profilaxia da gravidez e nos remete também às estratégias de prevenção do HIV que requerem tempo específico para intervenção.

As mulheres que sofreram violência sexual necessitam de acolhimento por parte dos profissionais de saúde e de toda a equipe, o atendimento deve ser humanizado. Estas condutas profissionais são primordiais para o encorajamento da mulher, busca pelo serviço e seguimento ao atendimento, essa postura profissional também faz com que se estabeleça uma relação de confiança e afeto entre o profissional e vítimas (HIGA, 2008).

A humanização e o cuidado são muito importantes neste momento, pois a mulher já se encontra fragilizada. O processo do acolher soma no conjunto de medidas, posturas que a equipe de saúde deve ter naquele instante, essas ações irão garantir a credibilidade e confiança à mulher em situação de violência sexual. Este acolhimento embora esteja preconizado por uma Norma Técnica, imbuída na Lei 10.778/2003, que estabeleceu a notificação compulsória no território nacional dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privada. A mesma regulamentação foi instituída pelo Decreto-Lei 5.099/2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM 2.406/2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do SUS por meio do uso da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências referindo aos tipos de violências sofridas e seus possíveis autores (PINTO et al., 2017).

No entanto, essas questões do conhecimento do acolher assertivo se esbarra em dificuldades como despreparo para lidar com a mulher violentada e a falta de articulação das redes de apoio. A utilização de protocolos de atendimento é imprescindível, pois favorece rotinas eficazes que orientam a prática profissional e a qualidade da assistência prestada. Importante destacar que as práticas de qualidade devem ser realidade de toda Rede de Atenção às Pessoas em situação de violência, o acolhimento deve ser princípio a ser seguido por todas as instituições, no sentido alinhar as ações e que essas mulheres se sintam protegidas e seguras e, assim, deem prosseguimento ao atendimento em sua completude.

Estudo realizado em Maceió, Alagoas, sobre a presunção de violência sexual em

registros de nascidos vivos com mães de até 13 anos de idade, as pesquisadoras identificaram que apenas 1,3% dos casos foram notificados como violência sexual (SILVA; TRINDADE; OLIVEIRA, 2020).

Dentre as limitações de um estudo ecológico, que faz uso de dados secundários, existem algumas barreiras no acesso às informações pelo fato dessas terem sido primariamente coletadas sem supervisão da equipe de pesquisadoras do estudo. Na pesquisa, apenas a variável “idade” apresentou completude. Dentre as demais, chamou atenção a frequência superior a 60% de registros com informação ignorada ou em branco sobre escolaridade, assim como o uso da categoria “outros” (11,41%) no quesito sobre autores, tendo em vista a amplitude de graus de proximidade oferecidos na ficha de notificação.

Tal condição aponta para falhas no preenchimento, que pode estar relacionada às dificuldades dos profissionais diante do desconhecimento no manejo dos documentos, ao não envolvimento com a assistência, a despreocupação com o outro, falta de clareza sobre a importância do preenchimento adequado, de que todas as informações são relevantes para que tenhamos um diagnóstico claro da violência, entre outras condições que fazem com que a falta de cuidado nos registros interfira na compreensão do cenário e dificulte a análise detalhada para que tenhamos um panorama próximo da realidade. Torna-se, enfim, necessário e essencial que essa temática seja abordada com maior ênfase desde a formação profissional, seja nos cursos de graduação ou pós-graduação, além de captar maiores investimentos na capacitação de trabalhadores que lidam diretamente com usuárias para que realizem os reportes epidemiológicos com maior qualidade.

## 6 CONCLUSÃO

A pesquisa revela aumento nas notificações de violência sexual entre os anos de 2015 e 2019, com maior ocorrência dentro de casa e vulnerabilidade para mulheres jovens e negras, vitimadas por homens conhecidos, que demandam o serviço de saúde para coleta de sangue e profilaxia para HIV. A violência sexual contra a mulher é um problema que perpassa não somente por questões sociais e culturais, mas também por questões políticas. Embora o estudo limite-se por não representar a totalidade de mulheres vitimadas, visto que se trata de notificações, os achados evidenciam quem está sofrendo a agressão, bem como as características dos agressores e da violência, elementos essenciais para subsidiar ações estratégicas no sentido de prevenir estas situações nestes grupos específicos de forma mais ampla e efetiva. Apesar dos diversos avanços das políticas e estratégias de ações no enfrentamento da violência sexual, foi possível perceber que estas não estão devidamente articuladas, sendo necessária uma ampliação e implementação visando as diferenças regionais, sobretudo, na assistência de referência primárias onde ocorrem a maioria das notificações.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMO, Laís. Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas. **Boletim de Mercado de Trabalho**, Brasília, DF, v. 25, p. 17-21, 2004.
- ADINEW, Yohannes Mehretie; HAGOS, Mihiret Abreham. Sexual violence against female university students in Ethiopia. **BMC International Health and Human Rights**. v. 17, n. 19, 2017.
- ANDRADE, Rosires Pereira et al. Características sociodemográficos e intervalo para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual. **XVII Reunião Latino Americana de Investigadores em Reprodução Humana**. Resumo publicado em Reprodução & Climatério, p. 108, 2001.
- ANDRADE, Rosires Pereira et al. Criação de um Centro de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente. Reprodução & Climatério - **Anais do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana**, p. 63, 1998.
- ANDRADE, Rosires Pereira et al. Perfil das mulheres vítimas de violência sexual atendidas num hospital universitário. **56º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia**. 2015.
- ASLAN, Ergül et al. Exposure to domestic violence in women living in Istanbul and Aegean regions: a Turkish sample. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, August. 2019.
- BASILE, Kathleen C. et. al. Sexual Violence Victimization and Associations with Health in a Community Sample of Hispanic Women. **Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work**. v. 24, n. 1, p. 1–17, 2015.
- BEZERRA, Juliana da Fonseca *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 20, n. 1, 2016.
- BHONA, Fernanda Monteiro de Castro et al. Socioeconomic Factors and Intimate Partner Violence: A Household Survey. **Trends in Psychology**. Ribeiro Preto, v. 27, n. 1, p. 205-218, January. 2019.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília. 2018.
- BRASIL. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. **Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 1- 62.
- BRASIL. **Código Penal. Decreto Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Rio de Janeiro, 07 dez. 1940.
- BRASIL. Constituição BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro 1988.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos**

**agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 2014. 124 p.

BRASIL. **Dossiê mulher: 2019.** 14. ed. Rio de Janeiro: 2019.

BRASIL. **Dossiê mulher: 2019.** 14. ed. Rio de Janeiro: 2019a.

BRASIL. **Lei nº 11.340/2006.** Lei Maria da Penha; Presidência da República.

BRASIL. **Lei nº 12.485, de 1 de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018.** Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais), 2018.

BRASIL. **Lei nº 7.958 de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. 2013.

BRASIL. Manual de capacitação profissional para atendimentos em situações de violência. Porto Alegre: PUCRS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço /** Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico] 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica Atenção humanizada às pessoas em Situação de violência sexual com Registro de informações e coleta de vestígios.** Brasília, 1 ed. 2015.

BRASIL. **Portaria Ministerial nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências 2016.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: 2012.

BRASIL. **Resolução nº 466/2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. **Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil**. 2ª Edição. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019b.

BRASIL. **VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes 2009, 2010 e 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde Brasília; 2013.

BRETAS, Aléxia. DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. Boitempo, 2016, 244p.

BROWNMILLER, Susan. *Against Our Will: Men, Women, and rape*. EUA: **Simon & Schuster**, 1975.

CARNEIRO, Jordana Brock; et. al. Unveiling the strategies used by women for confronting marital violence. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, V. 29, 2020.

CARNEIRO, Jordana Brock; et. al. Contexto da violência conjugal em tempos de Maria da Penha: um estudo em grounded theory. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, mar. 2019.

CARNEIRO, Seuli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: ASHOKA ENPREENDEDORES SOCIAIS, **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 42, n. 2, p. 235-246, June 2019.

CARRIJO, Christiane; MARTINS, Paloma Afonso. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis. v. 28, n. 2, e60721, 2020.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ, Marilena.; CARDOSO, Ruth; PAOLI, Maria Celia. (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher: sobre mulher e violência*. Rio de Janeiro: **Zahar**, v. 4, p. 25-62, 1985.

COLEMAN, Patricia Kari. et al. Women Who Suffered Emotionally from Abortion: A Qualitative Synthesis of Their Experiences. **Journal of American Physicians and Surgeons**. v.22, n.4, p. 113-8, 2017.

CONNELL, Robert W.; MESSERSCHMIDT, James W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, abril, 2013.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. **Adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos** em 6 de junho de 1994 e ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1994.

CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: **VV.AA. Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem. 2015.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et. al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, 2020.

DAHLBERG, Linda Lee; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006.

DATASUS. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências** – Brasil. 2016. Disponível

em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 26 jun. 2019.

DELZIOVO, Carmem Regina et al. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1687-1696, maio 2018.

DEOSTHALI, Padma Bhate; REGE, Sangeeta. Denial of safe abortion to survivors of rape in India. **Health and human rights journal**. V. 21, N. 2, December. 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Óbitos mulheres idade fértil por capítulo do CID-10, segundo Região, período de 2017**.

DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Óbitos mulheres idade fértil na Bahia por capítulo do CID-10 segundo município, período de 2017**.

DIJK, Teun A. Van (org). **Discurso e Poder**. São Paulo: Contexto, 2008.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. Social technology to prevent intimate partner violence: the VID@ Group in actions with men. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, V.54, 2020.

FAÚNDES, Aníbal. Violência basada em gênero y violência sexual – Necesidades de la mujer victima de violencia sexual. **Rev de Obst y Ginec de Bs As**, v. 82, p. 229-234, 2003.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Módulo de Violência da Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado**. São Paulo, 2011. p. 224-269.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2001.

GARCIA, Leila Posenat. et. al. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Rev Panam Salud Publica**, v.37, n.4/5, p.251-7, 2015.

GARCIA, Leila Posenato. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 451-454, setembro 2016.

GASPAR, Renato Simões; PEREIRA, Marina Uchoa Lopes. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, 2018.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1269-1278, 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários Terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: **CEPESC/UFRJ/ABRASCO**, 2009. p 279- 300.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463. Novembro, 2006.

GIROUX, Megan E. et. al. Differences in child abuse cases involving child versus adolescent

complainants. **Child abuse & neglect**. v. 79, 2018.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 109-116, junho 2012.

GOMES, Nadirlene. Pereira. **Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal**. 2009. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

GUIMARÃES, Aniete Cintia de Medeiros; RAMOS, Karla da Silva. Sentimentos de mulheres na vivência do abortamento legal decorrente de violência sexual. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v. 11, n. 6, p. 2349-2356, abril. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA & FÓRUM DE SEGURANÇA PÚBLICA – IPEA. **Atlas de violência 2018**. Rio de Janeiro, junho 2018.

JIN, Yichen; CHEN, Jingling; YU, Buiy. Parental practice of child sexual abuse prevention education in China: Does it have an influence on child's outcome? **Children and Youth Services Review**, pages 64-69.

JONAS, Chizara Ahuama et. al. Strength in the midst of pain: Abuse as a predictor of sexual relationship power among substance-abusing Black women. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse**, V.16, N. 4, apr. 2017.

KELLY, Lorin et. al. "I'm Black, I'm Strong, and I Need Help": Toxic Black Femininity and Intimate Partner Violence. **Journal of Family Theory & Review**, v. 12, ed. 1, p. 54-63, March. 2020.

KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, dezembro, 2007.

LEAL, Leonardo das Neves et al. Abordando Sexting com Adolescentes como Forma de Exposição Virtual da Sexualidade. **Revista Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 03, n. 01, 2017.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017.

LEE, Jessica A et al. Sexually assaulted older women attending a U.K. sexual assault referral Centre for a forensic medical examination. **Journal of forensic and legal medicine**. V. 68, Nov. 2019.

LIRA, Margaret Olinda de Souza Carvalho e et al. abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017.

LORDE, Audre. There is no Hierarchy of Oppressions. Homophobia and Education. New York: **Council on Interracial Books for Children**, 1983.

LORDE, Audre. **Uma ladainha por sobrevivência**. In: The Collected Poetry of Audre Lorde. New York. Ed: W. W. Norton, 1997. Tradução: Tatiana Nascimento.

LORING, Marti Tamn. Emotional abuse. New York: **Lexington Books**, 1994.

- MACHADO, Carolina Leme et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 345-353, fevereiro, 2015.
- MACHADO, Lia Zanotta. **Violência Doméstica contra as Mulheres no Brasil: Avanços e Desafios Fórum Nacional em Direitos Humanos**. 2016.
- MAZZA, Mariana et al. Danger in danger: interpersonal violence during COVID-19 quarantine. **Psychiatry Research**, V. 289, July 2020.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.
- MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Naomi. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-574, junho, 2011.
- MERCADO, Francisco J.; ROBLES, Leticia Silva. Estrategias familiares y el cumplimiento de la prescripción medica en individuos con hipertensión arterial. **Tiempos de Ciencia**, v. 23, p. 62-68, 1991.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16-17, janeiro, 2017.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
- NETO, Jorge Andalaft; FAÚNDES, Aníbal; OSIS, Maria José Duarte; PÁDUA, Karla Simônia de. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **FEMINA**. v. 40, n. 6, 2012.
- NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araújo de. Gravidez decorrente de violência sexual: revisão sistemática da literatura. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 88-103, 2017.
- NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araújo de. Violência sexual e gravidez: percepções e sentimentos das vítimas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 21-36, 2016.
- ONU MULHERES. **Modelo de protocolo latino-americano de investigação das mortes violentas de mulheres por razões de gênero** (femicídio/feminicídios). 2014.
- ONU MULHERES. **Nota pública da ONU mulheres Brasil: sanção presidencial da lei de tipificação do feminicídios**. 2015.
- ONU. Organización de las Naciones Unidas. **Del Compromiso a la Acción: Políticas para Erradicar la Violencia contra las Mujeres América Latina y el Caribe**. Documento de análisis regional. PNUD y ONU Mujeres. Panama, 2017. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2017/12/DEL\\_COMPROMISO\\_A\\_LA\\_ACCION\\_ESP.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wpcontent/uploads/2017/12/DEL_COMPROMISO_A_LA_ACCION_ESP.pdf)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.
- OSTERMANN, Ana Cristina. Análise da conversa (aplicada) como uma abordagem para o estudo de linguagem e gênero: o caso dos atendimentos a mulheres em situação de violência no Brasil. In: Meneghel SN, org. **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com**

- gênero**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2018. p. 142-71.
- PASSOS, Ana Isabela Morsch; GOMES, Daniela Angerame Yela; GONCALVES, Carolina Lourenço Defilippi. Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 26, n. 1, p. 67-76, janeiro, 2018.
- PEREIRA, M. O., PASSOS, R. G. (Orgs). O Brasil e o Exterior - Estado, instituições e intelectuais na relação com o outro (séculos 19 e 20) - Propostas para Professores de História. 1ed, Rio de Janeiro: **Autografia**, p 52 -69, 2017.
- PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro/Recife: Editora UFPE, 2011. 312p.
- PINTO, Lucielma Salmito Soares et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, May, 2017.
- REARDON, David C. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations and research opportunities. **SAGE open med.** v. 6, n.2050312118807624, 2018.
- RODRIGUES, Carla. Butler e a desconstrução do gênero. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 179-183, abril, 2005.
- ROSOSTOLATO, Breno. Reflexões acadêmicas sobre o estupro marital através da historicidade da violência sexual e de gênero. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, V. 28, N.1.
- SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. O poder do macho. São Paulo: **Moderna**, 1987.
- SANTOS, Cecília MacDowell; IZUMINO, Wânia Pasinato. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. In E.I.A.L. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe**, v. 16, n. 1, p. 147-164, 2005.
- SANTOS, Ione Barbosa; LEITTE, Franciéle Marabotti; AMORIM, Maria Helena Costa; MACIEL, Paulete Maria Ambrósio; GIGANTE, Denise Pretrucci. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência e Saúde coletiva**. V. 25, N.8, Mai-2020.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- SEMSA. Maternidade Dr. Moura Tapajoz. **Protocolos do Serviço de Atendimento à Vítima de Violência Sexual**, 2019.
- SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Hospital da Mulher – Maria Luzia Costa dos Santos**. Bahia, 2018.
- SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Hospital da Mulher – Delas Pra Elas**. Bahia, 2017.
- SEVERI, Fabiana Cristina. Enfrentamento à violência contra as mulheres e a

domesticação da Lei Maria da Penha: elementos do projeto jurídico feminista no Brasil. 2017. Tese (Livre Docência em Direito público) - **Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, 2017.

SILVA, Ana Jéssica Cassimiro da; TRINDADE, Ruth França Cizino da; OLIVEIRA, Larissa Lages Ferrer de. Presunção do abuso sexual em crianças e adolescentes: vulnerabilidade da gravidez antes dos 14 anos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 4, e20190143, 2020.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro; et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-493, setembro, 2016.

SILVA, Gustavo Correia Basto et al. **Violência e adolescentes do sexo feminino: perfil da vítima e do agressor em município do Nordeste do Brasil.** Revista Saúde e Ciência online, v. 8, n. 1, p. 88-99.

SILVA, Neuzileny Nery Ferreira et al. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enfermagem em foco**, v. 8, n. 3, nov. 2017.

SOUZA, Valesca Patriota et al. Fatores de risco associados à exposição de adolescentes a violência sexual. **Av Enferm**, v. 37, n. 3, p. 364-374, Dec. 2019.

TAKANO CIDADANIA (Orgs). **Racismos contemporâneos.** Rio de Janeiro: Takano

TARZIA, Laura. et al. Exploring the relationships between sexual violence, mental health and perpetrator identity: a cross-sectional Australian primary care study. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1410, 27 dez. 2018.

TEIXEIRA, Elizabeth Maria Fleury; MENEGHEL, Stela Nazareth (org.). **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.** Rio de Janeiro, Fio Cruz, 2015.

TERTO, Celiza Maria Souto; CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon; DELGADO, Josimara. Mulheres idosas vítimas da violência intrafamiliar: uma investigação sociodemográfico e processual no Ministério Público do Estado da Bahia. **Revista Feminismos**, vol. 6, n. 18, 2018.

TRAD, Leny Alves Bomfim; et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRAD, Leny Alves Bomfim; et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde pública**. v. 26, 4, p. 797- 806, 2010.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; et al. O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2017.

TRIGUEIRO, Tatiane Herreira; et al. Victims of sexual Violence attended in a specialized service. **Cogitare Enferm.**, p. 247-254, 2015.

UNITED NATIONS. **The World's Women 2015.** New York, 2015.

VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo. **Revista De Medicina**, v. 97, n. 2, pag. 235-243, 2018.

VELOSO, Milene Maria Xavier; MAGALHÃES, Celina Maria Colino; CABRAL, Isabel Rosa. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças – psicologia da Saúde**, v. 21, n. 1, jan-jun 2017.

VIEIRA, Leticia Becker. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. **Aquichan**, v. 1, n. 2, p. 197-205, 2013.

VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista brasileira de epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, e200033, 2020.

WASELFISZ, Júlio Jacob. **Mapa da Violência 2015 – Homicídios de Mulheres no Brasil**; 1ª edição; ONU Mulheres; Brasília – DF; 2015

WERNECK, Jurema. **Políticas públicas para as mulheres negras. Passo a passo, defesa, monitoramento, e avaliação de políticas públicas**. Rio de Janeiro, Criola, 2010

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, pp. 535-549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva WHO; 2013.

ZANELLO, Valesca. Saúde Mental, Gênero e interseccionalidade. In: PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Raquel Gouveia. (orgs). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 2017.