

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

SIMONE GUEDERT

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER:  
UM ESTUDO NO HRSJ**

FLORIANÓPOLIS – SC

2020.1

SIMONE GUEDERT

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER NO CAMPO DA SAÚDE: UM  
ESTUDO NO HRSJ**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Sócio Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Orientador: Prof. Luciana Zucco, Dr. (a)

FLORIANÓPOLIS – SC

2020.1

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Guedert, Simone

Violência doméstica contra a mulher: : Um estudo no  
HRSJ / Simone Guedert ; orientador, Luciana Zucco,  
coorientador, Carla Rosane Bressan, 2020.  
72 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio  
Econômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Violência doméstica contra a  
mulher. Violência física. Ações do/a assistente social.. I.  
Zucco, Luciana . II. Bressan, Carla Rosane . III.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Serviço  
Social. IV. Título.

SIMONE GUEDERT

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER NO CAMPO DA SAÚDE: UM ESTUDO NO HRSJ**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Serviço Social" e aprovado em sua forma final pelo Curso Serviço Social

Florianópolis, 11 de Dezembro de 2020.

---

Prof. (a) Rúbia dos Santos Ranzoni, Dr. (a)  
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente  
Luciana Zucchi Zocco  
CPF: 028.232.999-99  
CPF: 028.232.999-99

---

Prof. (a) Luciana Zocco, Dr. (a)  
Orientador (a)  
Instituição UFSC



Documento assinado digitalmente  
Teresinha Kleba Lisboa  
CPF: 028.232.999-99  
CPF: 028.232.999-99

---

Prof. (a) Teresinha Kleba Lisboa, Dr. (a)  
Avaliador (a)  
Instituição UFSC



Documento assinado digitalmente  
Liliane Moser  
CPF: 028.232.999-99  
CPF: 028.232.999-99

---

Prof. (a) Liliane Moser, Dr. (a)  
Avaliador (a)  
Instituição UFSC

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que já passaram por alguma situação de violência doméstica e encontraram força e ajuda para saírem dessa situação catatônica e difícil. São verdadeiras guerreiras.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer primeiramente todas as pessoas de alguma maneira me ajudaram nesse trabalho diretamente e indiretamente, em especial Thiago Voigdlener, em um período muito difícil da minha vida a ponto de algumas vezes eu querer desistir e não permitiram. Agradecer a minha querida Professora Luciana Zucco, por ter aceitado ser minha orientadora e ter sido professora por várias fases, você é um exemplo a ser seguido. Agradecer meus pais e familiares.

“No dia em que for possível à mulher o amor não em sua fraqueza, mas em sua força, não para escapar de si mesma, mas para se encontrar, não para se abater, mas para se afirmar. Naquele dia o amor se voltará para ela, assim como para o homem, a fonte de vida e não de perigo mortal. Enquanto isso, o amor representa em sua forma mais tocante a maldição que confina a mulher em seu universo feminino, mulher mutilada, insuficiente em si mesma”.

(Simone de Beauvoir, 1949)

## RESUMO

A violência de gênero, mais precisamente a violência doméstica contra a mulher, é considerada um fenômeno mundial. É nítido, mas não suficiente, os esforços de várias ações e empenho de entidades, de movimentos em defesa da cidadania feminina para eliminação da violência contra a mulher. É no espaço familiar, na residência, que essa mulher vive a violência, uma violência velada, onde os esforços para combatê-la ainda são insuficientes. O presente estudo analisou as ações do/a assistente social no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher no Hospital Homero de Miranda Gomes, instituição que faz parte da rede de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica no município de São José/SC. A abordagem metodológica da pesquisa é de cunho qualitativo, de tipo exploratório e descritivo; por oferecer maior proximidade com o problema com intuito de descrever as particularidades do trabalho do/a assistente social. Portanto, a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com as assistentes sociais e levantamento de registro documental e bibliográfico, colhidos na instituição, bem como levantamento de informações junto à rede assistencial de serviços do município, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Após análise de conteúdo, o estudo indicou as ações do assistente social no atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, ou seja, violência física, sexual e psicológica, serem prejudicadas por conta de vários fatores internos quanto externos. É realizado o atendimento somente quando é solicitado por meio de pedido de parecer, ou seja, enviado no sistema ou entregue em mãos por uma ou um profissional da equipe interdisciplinar, para então resolver tal situação. Esse serviço é considerado eventual em algumas situações, tendo em vista ser a única profissional assistente social no hospital até o momento dos estudos feitos, e ser a única para dar conta de todas as demandas que aparecem comprometendo suas funções e desdobramentos com relação a outros casos que surgem acumulando serviços.

**Palavras-chave:** Violência doméstica contra a mulher. Violência física. Ações do/a assistente social.



## ABSTRACT

Gender-based violence, more precisely domestic violence against women, is considered a worldwide phenomenon. It is clear, but not enough, the efforts of various actions and the commitment of entities, of movements in defense of female citizenship to eliminate violence against women. It is in the family space, in the residence, that this woman experiences violence, a veiled violence, where efforts to combat it are still insufficient. The present study analysed the actions of the social worker in the scope of the Combat Domestic Violence against Women at Hospital Homero de Miranda Gomes, an institution that is part of the service network for women victims of domestic violence in the city of São José / SC. The research methodological approach is qualitative, exploratory and descriptive; for offering greater proximity to the problem in order to describe the particularities of the work of the social worker. Therefore, data collection took place through semi-structured interviews with social workers and survey of documentary and bibliographic records, collected at the institution, as well as information gathering from the municipality's service network, in the period from January 2015 to December 2019. After content analysis, the study indicated the actions of the social worker in assisting women in situations of domestic violence, that is, physical, sexual and psychological violence, to be harmed due to various internal and external factors. Service is provided only when requested by means of a request for an opinion, that is, sent in the system or delivered by hand by one or a professional from the interdisciplinary team, to then resolve this situation. This service is considered occasional in some situations, in view of being the only professional social worker in the hospital until the time of the studies carried out, and being the only one to handle all the demands that appear compromising their functions and developments in relation to other cases that come up accumulating services.

Keywords: Domestic violence against women. Physical violence Actions of the social worker.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Violência contra a mulher. ....	32
Figura 2 – Fluxo de entrada de mulheres em situação de violência doméstica. ....	47
Figura 3 – Fluxo da notificação de violência em São José. ....	49
Figura 4 – Frequência por ano segundo município (SC). ....	52
Figura 5 – Frequência por faixa etária (mulheres). ....	53
Figura 6 – Frequência por raça (mulheres em %). ....	54
Figura 7 – Frequência por sexo. ....	55
Figura 8 – Frequência por tipo de violência (mulheres). ....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência por ano segundo município (SC) .....	51
Tabela 2 – Frequência por faixa etária (mulheres) .....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ADPF Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental  
BO Boletim de Ocorrência  
CAVS Centro Ambulatorial de Violência Sexual  
CIT Comissão Intergestores Tripartite  
CRAS Centro de Referência de Assistência Social  
CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social  
CREMV Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência  
DPCAMI Delegacia de Proteção a Criança, Adolescente, Mulher e Idoso  
ECA Estatuto da Criança e do Adolescente  
FBSP Anuário Brasileiro de Segurança Pública  
FBSP Fórum Brasileiro de Segurança Pública  
HRSJ Hospital Regional de São José  
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IML Instituto Médico Legal  
IST Infecções Sexualmente transmissíveis  
MS Ministério da Saúde  
NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
PAISM Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher  
PM Polícia Militar  
POP Procedimento Operacional Padrão  
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SPM Secretaria especial de Políticas para as Mulheres  
SUS Sistema Único de Saúde  
TCC Trabalho de Conclusão de Curso  
UPA Unidade de Pronto Atendimento  
VIEP Vigilância Epidemiológica de São José

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1	METODOLOGIA.....	23
<b>2</b>	<b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER .....</b>	<b>26</b>
2.1	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CAMPO DA SAÚDE .....	34
<b>3</b>	<b>SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAUDE .....</b>	<b>41</b>
3.1	ASSISTÊNCIA SOCIAL A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO HRSJ .....	45
<b>4</b>	<b>INVESTIGAÇÃO DA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER..</b>	<b>51</b>
4.1	ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HRSJ, DESAFIOS E LIMITES ..	58
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO A – Ficha de Notificação SINAN.....</b>	<b>72</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) é um ponto de vista da aluna do curso Serviço Social, da profissional de saúde, lotada na emergência geral do Hospital Homero de Miranda Gomes, em São José/SC, local onde foi feito o estudo na qual apresenta a temática violência doméstica contra mulher.

O presente estudo tem por proposta central analisar as ações da/o assistente social no espaço de uma instituição hospitalar, sendo ela pertencente à rede de atendimento às mulheres que viveram/vivem a violência doméstica. O interesse pela temática decorre por ter feito o estágio no Serviço Social, no período de 2018 a 2019 nesta instituição, por fazer parte do quadro de funcionários do hospital, e assim perceber a dinâmica das ações dos profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência na emergência geral, na qual surgiram alguns questionamentos. Por último, foi o fato de ter estado em situação de violência doméstica, e por não saber previamente onde e como recorrer, não conhecer a rede do atendimento, não saber sobre os direitos que a Lei 11.340/2006 - Maria da Penha, e por uma série de fatores que fizeram com que continuasse nessa situação. Compreendendo tal lugar, com tentativas de erros e acertos, na busca por esforços, determinação e coragem, busquei refúgio no conhecimento, ferramenta que me levou a mudanças e saída desse estado catatônico<sup>1</sup>, resultado das violências vividas.

Sendo assim, o estudo visa responder quais são as ações desenvolvidas pelos/assistentes sociais no atendimento a mulheres em situação de violência doméstica no Hospital Homero de Miranda Gomes, em São José/SC.

Para dar conta dos objetivos propostos por esta pesquisa, o trabalho está estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo, o tema e a problemática esclarecem a importância do estudo, além disto, os objetivos a serem alcançados e uma metodologia também serão apresentados. No segundo capítulo trata do referencial teórico sobre a violência de gênero, a violência doméstica contra a mulher, também a violência doméstica contra a mulher no âmbito da saúde. O terceiro capítulo discute as ações do serviço social no campo da saúde, quais as

---

<sup>1</sup> Catatonia é uma síndrome neuropsiquiátrica descrita por Karl Ludwig Kahlbaum em 1874. Com base na própria descrição de Kahlbaum e na hipótese de Carl Wernicke sobre o mecanismo da catatonia, descrevemos dois tipos de domínio catatônico: a psicose de motilidade acinética, que é caracterizada por imobilidade rígida, olhar fixo, falta de piscar e rigidez da roda dentada e catatonia sensu strictu, que se caracteriza por espasmos, iterações e verbigerações. A perda de motilidade permite que os 'níveis hipobúlicos' descritos por Kretschmer em 1920, que consistem em atos agressivos, gritos furiosos, hiperatividade e oralidade, se manifestem. M. Lanczik. Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) e o surgimento da pesquisa psicopatológica e nosológica na psiquiatria alemã. História de Psiquiatria, II (1992), 53-8.

políticas de enfrentamento e seus desdobramentos referentes ao acolhimento às mulheres em situação de violência no hospital Homero de Miranda Gomes, popularmente conhecido como Hospital Regional. O quarto capítulo relata o desenvolvimento da metodologia aplicada visando a apresentação dos resultados obtidos. Finalmente, o quinto capítulo apresenta as conclusões observadas e recomenda futuros trabalhos.

A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como um preocupante problema de saúde pública, bem como uma forma de violação dos direitos humanos. A violência acontece no mundo todo e atinge pessoas de todas as idades, raça, religião, independentemente de sexo, nacionalidade, escolaridade, condição social ou orientação sexual (DAHLBERG, KRUG, 2006).

Segundo Agudelo (1990), a violência significa um risco para o processo do desenvolvimento da vida humana. Ameaçar, agredir, fazer pressão psicológica, negligenciar são uma das causas que produzem enfermidades na vida das pessoas, as quais prejudicam a saúde e, em alguns casos, chegam a provocar a morte. Qualquer tipo de violência, como, por exemplo, a violência de gênero contra a mulher, é caso de saúde pública e envolve dimensões política, cultural, policial e jurídica, sendo um problema a ser enfrentado pelo Estado.

Para aprofundar o tema e o objeto deste estudo, recorro à autora Teresa Lauretis para brevemente explicar o que é gênero. Lauretis (1987, p. 208), define gênero como sendo a “representação e auto-representação”, bem como o “produto de diferentes tecnologias sociais”, sendo esta uma categoria central do estudo. Para tanto, utiliza como referência a teoria foucaultiana, que compreende a sexualidade como uma “tecnologia sexual”. A partir disto, quatro são as proposições apresentadas para definir o que é gênero, a saber: o gênero é (uma) representação; a representação do gênero decorre de sua construção; a construção do gênero está relacionada aos sentidos atribuídos ao feminino e masculino em vários períodos e sociedades, assim como nos dias de hoje; a construção do gênero se dá, também, por meio de sua desconstrução. Assim sendo, para a autora, gênero é “um termo classificatório” ou, ainda, a “classificação de sexo”. Todavia, não são todos os idiomas que possuem o mesmo significado em relação ao termo.

A violência de gênero tem sido matéria em redes sociais e em jornais de grande circulação nacional, quase que diariamente em todo país. Os dados publicados em um dos sites do maior jornal de circulação<sup>2</sup>, no mês de março de 2019, apresentaram que a violência contra

---

<sup>2</sup>Ver site G1 - <https://globoplay.globo.com/v/7913172/>

a mulher continua como a mais perversa e explícita manifestação da desigualdade de gênero no Brasil. A sociedade permanece rendida à hipocrisia política, onde pessoas ligadas ao poder, ao invés de desencorajar a violência, buscam fortalecê-la. Ademais, acreditam ser um meio de combate ao crime e ao medo, mas esquecem que não existe lugar seguro para as mulheres (CAMPOS, 2015). A qualquer momento, estando em casa ou em lugares públicos, as mulheres estão correndo risco de vida. Fato é que em nossa sociedade, a violência compõe um cotidiano cruel sustentado por relações sociais profundamente patriarcais e machistas.

Para Lucélia (2000), muito embora ações e esforços tenham acontecido para mudar o processo de desigualdade entre os gêneros, alicerçado em uma estrutura patriarcal construída histórica e socialmente, a realidade em pleno século XXI projeta um mundo onde o valor dos indivíduos não é igual, ou seja, é atribuída à mulher o papel de inferioridade e submissão frente ao homem, para o qual é imputado uma série de atributos, por exemplo: superioridade, dominação, virilidade. Tal construção ainda se mantém e reproduz que as mulheres são propriedades, partes integrantes do cenário patriarcal, apesar dos vários movimentos feministas pleitearem ações públicas de combate à violência contra a mulher.

As lutas são regulares por meio de protestos, a favor dos direitos humanos, contra a opressão feminina e o machismo expresso na sociedade atual (COSTA, 2005). São essas algumas das mudanças requeridas para erradicar a violência de gênero e violência contra a mulher, através de ações de políticas públicas e legislações federais no Brasil. Diante desse quadro e por meio da ação das mulheres e movimentos feministas, em agosto de 2006, o Presidente Luís Inácio da Silva, Lula, sancionou a Lei 11.340/2006, que garante a efetivação de direitos para as mulheres em relação ao enfrentamento e prevenção da violência.

Conforme Suxberger, e Ferreira, (2016), a Lei Maria da Penha 11.340 foi criada para coibir, prevenir e erradicar a violência de gênero, portanto, garantir os direitos fundamentais a todas as mulheres, por meio de estratégias de intervenção elaboradas através de políticas públicas, juntamente com a rede de atendimento, de equipes interdisciplinares e de ações de enfrentamento no combate e erradicação da violência contra as mulheres.

Em 1986, Maria da Penha Maia Fernandes, moradora da cidade de Fortaleza, assim como tantas mulheres, sofreu violência doméstica. Seu marido na época, Marco Antônio Heredia Viveiros, professor, atirou na mesma na tentativa de matá-la, não tendo sucesso. Após duas semanas do primeiro ocorrido, tentou novamente em outra ocasião contra a vida de Maria.



Devido à gravidade do caso e à indiferença do Estado, houve repercussões expressivas e resultados tanto nacionais como internacionais com relação ao atendimento a mulheres em situação de violência. No Brasil, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei 11.340/2006, no dia 7 de agosto de 2006, com a presença de várias representantes de movimentos feministas e da própria Maria da Penha Maia Fernandes. A Lei Maria da Penha entrou em vigor no dia 22 de setembro daquele mesmo ano, (DIAS, 2010, p. 13).

No campo jurídico, a Lei Maria da Penha mudou notavelmente a legislação, ao trazer um conceito de violência baseada no gênero da “vítima”. Em seu artigo 5º prevê que “... configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

Nessa perspectiva, o artigo 7º lista os tipos de violências, como a física, sexual, psicológica, patrimonial e moral, que seriam abrangidos nessa Lei. O artigo 6º denota seu caráter político, ao afirmar que “a violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos” (DIAS, 2010), corroborando a definição de violência contra a mulher trazida pela Convenção Belém do Pará<sup>3</sup>, conhecida como Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. A Lei prevê, ainda, que o Estado deve se comprometer com políticas públicas de prevenção e combate à violência doméstica e com a prestação da assistência adequada às mulheres em situação de violência. Nesse caso, as violências, a saber: física, sexual, emocional e moral, elas ocorrem de forma simultâneos, não são isoladas.

A violência de gênero, mais precisamente a violência doméstica contra a mulher, é considerada um fenômeno mundial. É nítido, mas não suficiente, os esforços de várias ações e empenho de entidades, de movimentos em defesa da cidadania feminina para eliminação da violência contra a mulher, mesmo porque a violência doméstica acontece no âmbito do espaço doméstico e esse espaço é um espaço ampliado. É no espaço familiar, na residência, que essa mulher vive a violência, uma violência velada, onde os esforços para combatê-la ainda são insuficientes, são espaços que precisam ser melhor compreendidos e trabalhados.

---

3 Convenção de Belém do Pará, como ficou conhecida a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher, adotada na referida cidade, em 9 de junho de 1994, conceitua a violência contra as mulheres, reconhecendo-a como uma violação aos direitos humanos, e estabelece deveres aos Estados signatários, com o propósito de criar condições reais de rompimento com o ciclo de violência identificado contra mulheres em escala mundial. <http://www.compromissoeatitude.org.br/convencao-interamericana-para-prevenir-punir-e-erradicar-a-violencia-contra-a-mulher-convencao-de-belem-do-para-1994/>: visto em 20/10/19.

No momento em que as mulheres passam a manifestar suas insatisfações, a questionar o porquê de tais ações agressivas, elas passam a contrariar os interesses de seus parceiros, e a serem vistas por eles como uma ameaça à posse e à virilidade. Tem-se, portanto, um contexto vulnerável à violência doméstica como estratégia de controle das mulheres, pois é no meio familiar, no particular de seus lares, que as mulheres são silenciadas, humilhadas e agredidas. Homens são dominados por um sentimento de insegurança, por uma situação de conflito alimentada por um sistema patriarcal tradicional, onde é inconcebível a perda de “poder” (BRAGHINI, 2000). As consequências são muitas, não só para a mulher, mas, também, para a sociedade, pois acarreta em desequilíbrio, sofrimento, impunidade e fere os direitos humanos.

Para entender melhor o que é violência de gênero e violência doméstica contra a mulher, recorri à literatura, mais especificamente aos estudos feministas, com enfoque sobre o tema proposto e seus diferentes desdobramentos como por exemplo: Heleieth (2001), com a obra: Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.

Dentre os estudos, destaco aqueles que abrangem a Lei 11.340/06 Maria da Penha; a reprodução da violência doméstica marcada pela lógica da dominação do modo de produção capitalista; os profissionais que compõe a rede de enfrentamento à violência contra a mulher e suas ações, pontualmente, as discussões sobre o/a assistente social como agente relevante para atender a mulher em situação de violência (PEREIRA, 2012).

Conforme Barros (2015), estudos foram feitos sobre a problemática da violência contra à mulher e apontam como um problema público de enfrentamento, por isso, é necessário e urgente a manutenção, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas para a garantia de direitos, visto que mulheres em situação de violência figuram como um fenômeno recorrente em nossa sociedade.

Ressalto que os estudos teóricos sobre esse tema, os quais são voltados ao Serviço Social, ainda, são escassos no campo da saúde (SODRÉ, 2010), em comparação, por exemplo, ao campo da Medicina (SCHRAIBER, 2002) e Enfermagem (MADEIRO, DINIZ, 2015). Esses estudos supracitados entendem a violência como qualquer agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida como parte da atuação desses profissionais, além de que a violência afeta profundamente a vida e a saúde das pessoas e, em alguns casos, levando-as à morte (WHO, 2012).

Concebendo isso, a violência contra a mulher é considerada como uma das importantes expressões da questão social, um desafio não só para o Estado, mas para as instituições, para o Serviço Social e para todos que estão dispostos a enfrentar essa batalha. Segundo Braghini

(2000), é necessário antes de tudo mudar, eliminar as formas rotineiras de violência dentro dos lares para, então, transformar a sociedade. Ou seja, partindo do micro para o macro, a violência contra mulher deve ser denunciada por todos. Não pode ser naturalizada, deve ser enfrentada, utilizando-se de leis, aparatos jurídicos, rede de atendimento, campanhas educacionais reflexivas, mudanças interpessoais de crenças, dogmas, mitos e outros meios para eliminar a violência doméstica.

Conforme dados estatísticos do Mapa da Violência 2015 Homicídio de Mulheres no Brasil, Santa Catarina é um dos estados que faz parte do quadro demonstrativo da violência doméstica no país (WAISELFISZ, 2015). O município de São José, infelizmente, faz parte dos demais municípios de Santa Catarina onde a violência contra a mulher é projetada, devido a sua ocorrência, conforme os dados levantados pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Câmara dos Deputados, Brasília/DF (BRASIL, 2018), de todos estados do Brasil de 2018.

Diante do quadro exposto sobre a violência doméstica contra a mulher no município de São José, proponho estudar as ações do/a assistente social no atendimento de mulheres em situação de violência doméstica em uma instituição que faz parte da rede de atendimento de saúde pública, a saber, o Hospital Homero de Miranda Gomes, local onde há um número expressivo de atendimentos dessa magnitude. Um dos motivos é conhecer que tipo de atendimento é prestado por assistentes sociais, que fazem parte do quadro de funcionários dessa Instituição, quando as mulheres em situação de violência doméstica chegam ao Hospital por contra própria, por se encontrarem feridas, ou acompanhadas por policiais das delegacias de mulheres para atendimento emergencial.

Detectar quais as dificuldades e limitações enfrentadas por estes/as profissionais no cotidiano de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica é, também, um dos objetivos dessa pesquisa, que nos leva as seguintes indagações, a saber: Como os/as assistentes sociais atuam nas situações em que a mulher ou os próprios familiares não aceitam uma interferência na rotina familiar? Que tipo de tratamento é dado pelo serviço de saúde, particularmente pelo Serviço Social, às situações que requerem um posicionamento em defesa dos direitos das mulheres em um contexto patriarcal? Os/as profissionais estão ou não sensibilizados/as e qualificados/as para reconhecer e tratar as mulheres/usuárias que apresentem sintomas que possam estar associados ao abuso e à agressão? Isso porque um atendimento de qualidade e outros questionamentos instigam o/a profissional assistente social na busca de saberes para compreensão do fenômeno da violência contra a mulher no âmbito doméstico.

Outro motivo relevante para esse estudo é conhecer a realidade do/a assistente social em relação ao atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica em uma unidade da rede de atendimento da qual faço parte, assim como reconhecer os limites e as ações dos/as assistentes sociais, de maneira que o estudo poderá corroborar para a atuação profissional dessa e de outros/as estudantes de Serviço Social e de outras áreas do conhecimento.

O objetivo geral consiste em analisar as ações do/a assistente social ao enfrentamento a violência doméstica contra a mulher no Hospital Homero de Miranda Gomes, instituição que faz parte da rede de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica no município de São José/SC.

Dentre os objetivos específicos do trabalho estão:

- Identificar as ações desenvolvidas pela Equipe de Serviço Social no Hospital Homero de Miranda Gomes, voltadas às mulheres em situação de violência doméstica;
- Detectar os limites e possibilidades no processo de assistência a mulheres vítimas de violência doméstica do Hospital Homero de Miranda Gomes;
- Levantar os desafios apontados pelos/as assistentes sociais no enfrentamento à violência doméstica contra a mulher no campo da saúde;
- Mapear a rede assistencial de serviços municipal e estadual mobilizada pela Equipe de Serviço Social para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

## 1.1 METODOLOGIA

O presente estudo analisou as ações do/a assistente social no espaço de uma instituição hospitalar - Hospital Homero de Miranda Gomes, sendo ela pertencente à rede de atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica no município de São José/SC. Mediante estudos prévios em relação à metodologia de pesquisa, optei por autores/as, como: Minayo (2012), Gil (2002), Ruiz (1979) e Lakatos (1985), que contribuíram para o processo de categorização e metodologia da pesquisa.

De acordo Gil (2002, p. 29), a pesquisa é “um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Corroborando com tal pensamento, Cervo e Bervian (1996, p. 44) afirmam que “a pesquisa é uma atividade voltada para a solução de problemas, através do emprego de processos científicos”.

Para Ruiz (1979, p. 48):

Pesquisa científica é a realização concreta de uma investigação planejada, desenvolvida e redigida de acordo com as normas de metodologia consagrada pela Ciência. É o método de abordagem de um problema em estudo que caracteriza o aspecto científico de uma pesquisa.

Devido à constante propagação da ciência, por meio de pesquisas, os estudos com o auxílio de um método com base em conhecimentos científicos auxiliam cada vez mais os/as pesquisadores/as a conquistarem os seus objetivos com respostas mais precisas frente à realidade. Todavia, é necessário apresentar alguns conceitos relevantes em uma metodologia de pesquisa, dentre eles a abordagem e tipo de pesquisa, bem como os instrumentos de coleta e a técnica de análise dos dados.

A abordagem metodológica da pesquisa é de cunho qualitativo, de tipo exploratória e descritiva. Exploratória porque tem por objetivo oferecer maior proximidade com o problema; descritiva e exploratória tem como intuito descrever as particularidades do trabalho profissional da Assistente Social. A pesquisa de abordagem qualitativa, segundo Minayo (2012, p. 621-626), possui dez premissas chamadas de “decálogos”, como mandamentos para a análise investigativa do problema. Para facilitar a compreensão da análise se fez necessário seguir os dez passos propostos pela autora, a saber:

- Conhecer os termos estruturantes das pesquisas qualitativa, ou seja, conhecer o conjunto de substantivos, a saber: experiência, vivência, senso comum e ação,

bem como os verbos que abordam a pesquisa qualitativa que são: compreender, interpretar e dialetizar;

- Definir o objeto sob a forma de uma pergunta ou de uma sentença problematizadora;
- Delinear as estratégias de campo, ou seja, obter instrumentos operacionais para pesquisa, as bases teóricas é um desses instrumentos;
- Guiar-se despretensiosamente ao cenário de pesquisa, investigando os processos que nele ocorrem;
- Ir ao campo guarnecido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-los;
- Ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações e observações de campo;
- Construir a tipificação do material recolhido no campo e fazer a transição entre a empírica e a elaboração teórico;
- Exercitar a interpretação de segunda ordem, ou seja, leitura atenta, aprofundada, importante enriquecer todo o conjunto de falas e observações;
- Produzir um texto ao mesmo tempo fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível. A conclusão de uma análise qualitativa deve apresentar um texto capaz de transmitir informações concisas, coerentes e o mais fidedigno possível;
- Assegurar os critérios de fidedignidade e de validade.

Para isso, deve-se seguir alguns passos para guiar o critério da verificação: a) teoria, método e técnicas adequados, descritos e avaliáveis, tendo como principais categorias nesse estudo: violência de gênero, violência doméstica contra mulheres; b) uma boa análise qualitativa deve explicitar suas ações no campo, assegurando a descrição dos diferentes momentos e ações que compreenderam a metodologia; c) triangulação interna à própria abordagem, que consiste em olhar o objeto sob diversos ângulos, comparar os resultados de duas ou mais técnicas de coleta de dados, neste caso, a entrevista com a assistente social e documentação do programa de enfrentamento de violência doméstica contra mulher do HRSJ; d) validação dos relatos; e) ficar atento aos relatos e a fatos que contradigam as propostas e as hipóteses da investigação e, por último; f) Fidedignidade aos vários pontos de vista.

Segundo Lakatos (1985), a pesquisa qualitativa caracteriza-se pela interpretação dos fenômenos e a atribui significados. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. Foi necessário levantamento

bibliográfico para a projeto de pesquisa para a compreensão e análise do tema, ou seja, o trabalho possibilitou percorrer caminhos que pudessem auxiliar na análise das questões abordadas acerca do fenômeno das violências contra a mulher.

Portanto, a coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com a assistente social, única profissional de todo o hospital na época, que faz parte da Equipe do HRSJ, levantamento de registro documental e bibliográfico, colhidos na instituição onde foi realizado a pesquisa, bem como levantamento de informações junto à rede assistencial de serviços do município de São José/SC, que fazem parceria com o Hospital, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019. Outras informações levantadas referem-se às políticas e à legislação direcionadas ao enfrentamento da violência doméstica contra a mulher mobilizadas pela Equipe da Emergência, Geral do Hospital Regional do município de São Jose/SC. Todos os dados coletados foram registrados em forma de relatório e, posteriormente, anexado ao corpo do Trabalho de Conclusão de Curso, assim como na seção sobre a atuação do assistente social, seus desafios e possibilidades no Hospital Homero de Miranda Gomes.

## 2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Este capítulo tem como objetivo apresentar o conceito de gênero para, então, trabalharmos o debate sobre violência de gênero, particularmente, violência doméstica contra a mulher e, por último, no âmbito da saúde, bem como as ações para seu enfrentamento no HHMG.

Teresa (1987) compreende “gênero” como uma representação de uma relação, a relação de pertencer a uma classe, um grupo, uma categoria. É, portanto, “um termo classificatório” ou de “classificação de sexo”. Ademais, gênero constrói uma relação entre entidade e outras entidades previamente constituídas como classe. A classe à qual a autora se refere está baseada no conceito de Marx, quando o mesmo define classe social como o conjunto dos agentes sociais colocados nas mesmas condições no processo de produção e que têm afinidades ideológicas e políticas (MARX 1980). Ou seja, gênero representa uma relação social, não um indivíduo e sim uma coletividade.

Ainda segundo Lauretis (1987, p 208-211), gênero é a “representação e auto representação”, bem como “produto de diferentes tecnologias sociais”, sendo quatro as características que o definem. A primeira refere-se à representação, o que significa dizer que gênero não é sexo, tampouco uma condição natural, mas uma representação de cada indivíduo em termos de uma relação social existente em uma classe, ou seja, uma característica própria rígida dos dois sexos biológicas. Não é próprio do homem ter que agir de maneira máscula e ser mais forte, assim como a mulher ser frágil, depender do homem para algumas coisas, porque a cultura machista impõe como se isso fosse natural e promove a crença de que é uma propriedade dos sexos. A segunda diz respeito à representação do gênero e sua construção. Para explicá-la, utiliza a definição de ideologia de Althusser, que consiste em uma relação imaginária dos indivíduos com as relações reais em que vivem, ou seja, ... “toda ideologia tem a função (que a define) de constituir indivíduos concretos em sujeitos, em homens e mulheres” (LAURETIS 1987, p. 212-213). É exatamente nesse processo que a relação entre gênero e ideologia pode ser vista como um efeito da ideologia de gênero. A terceira característica apontada por Lauretis (1987) é que sua construção se faz presente em vários períodos e sociedades, assim como nos dias de hoje. Quarta e última característica, a construção do gênero se dá, também, por meio de sua desconstrução.

Guacira (1997), por sua vez, define gênero como algo que está relacionado à identidade de cada sujeito, por exemplo: a maneira de se vestir, gestos, hábitos, ou seja, a



sociedade exige desse sujeito comportamentos, impondo padrões. A sociedade cobra do homem que siga um padrão e a mulher outro, e que cada um corresponda individualmente na prática social. A sociedade historicamente criou um estereótipo tanto para a mulher quanto para o homem, e se espera desses indivíduos que respondam às expectativas sociais criadas. As características de gênero são depositadas na prática social de cada indivíduo, esse é forçado a seguir as relações de padrões que modelam, transformam os pensamentos, por conta disso existe a percepção das pessoas ficarem comprometidas ao ponto de terem dificuldades em aceitar as diferenças, a diversidade. Assim, as diferenças biológicas se transformam em desigualdade social, mas com aspecto de natural, como algo normal e justo, sendo o resultado um panorama de preconceito e violência de gênero (LOURO 1997).

De acordo com Daniela (2006), a diferença entre homem e mulher é um fato anatômico que não teria nenhum sentido em si mesmo caso não fossem os arranjos de gênero na atualidade. As diferenças entre os gêneros são reconhecidas devido à hierarquização de um padrão criado em uma sociedade machista e patriarcal, juntamente com manobras de poder. É na desigualdade construída historicamente na sociedade patriarcal machista que os conflitos surgem a ponto de homens e mulheres se enfrentarem, produzindo a violência de gênero.

Segundo Lurdes (2005), as violências de gênero compreendem situações de conflito e violência nas relações entre os gêneros, independentemente de episódios de agressões físicas, psíquicas ou simbólicas, por conta da relação de poder baseada na orientação sexual, na identidade social ou, ainda, no desempenho de papéis sociais.

Lilia *et al.* (2005) afirmam que as violências de gênero têm como base a submissão feminina e não são valorizadas como problemas sociais ou casos de saúde, sendo culturalmente construídas. A maioria dos casos de violência de gênero está atrelado à violência doméstica contra as mulheres e são os homens os agressores, conforme dados estatísticos que serão apresentados posteriormente para melhor compreensão<sup>4</sup>.

Sueli (2014, p. 329) ao se referir às ações violentas, na modalidade de violência de gênero, explica:

As ações violentas são produzidas em contextos e espaços sociais relacionais, quer sejam interpessoais quer sejam da ordem impessoal ou de grandes guerras. Isto é, essa violência não se refere a atitudes de fazer sofrer ou aniquilar o outro que seja alguém considerado igual ou que é visto nas mesmas condições de existência e valor que o/s seu/s perpetrador/es. A centralidade das ações violentas (físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais) incide sobre a alteridade do feminino na esfera doméstica familiar, na esfera pública e na esfera dos conflitos internacionais.

---

4 Ver site: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/13o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-fbsp>

Segundo a autora, a violência de gênero “... constitui-se em um fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral, física e econômica, tanto em nível micro como macrosociológico” (ALMEIDA, 2014, p. 329).

Corroborando com essa ideia, Heleieth (2015) define que o conceito de violência possui várias modalidades e significados, isso tendo em vista a forma como a sociedade aceita em certo grau e com naturalidade a violência de homens contra as mulheres. Por conta da intolerância e o incentivo da sociedade para que os homens deem vazão ao seu “animus”, em detrimento da fragilidade, docilidade e aceitação, as mulheres são submetidas a papéis por meio da dominação por ela perpetrada, visto que a sociedade patriarcal machista, autoriza falsamente o uso da violência para com essas mulheres inscritas nas relações de gênero. Outro autor, como por exemplo: Welzer-Lang segue a mesma linha de pensamento de Saffiotti quando refere-se a criminalidade como violência masculina, assim sendo a:

(...) a criminalidade, a violência pública é uma violência masculina, isto é, um fenômeno sexuado. A disparidade muscular, eterno argumento da diferença, deve ser interpelada em diferentes níveis. (...). Nós confundimos frequentemente: força-potencia-dominação e virilidade. (Welzer-Lanng. 1991, p. 59).

Já para Alba (1999), a violência vem do latim *violentia*, o qual significa força, determinação, emprego de esforço físico ou aptidões do corpo em executar a sua força primária. Ao ultrapassar os limites desta força, ela torna-se agressiva de maneira que perturba os acordos implícitos e regras que determinam as relações, conseqüentemente, o resultado é uma carga negativa ou prejudicial. Por conta dessa percepção frente a uma ação desordenada e sem limite, causadora de sofrimento, vai caracterizar um ato ou comportamento violento, percepção esta que se diferencia cultural e historicamente.

Assim, também para Souza e Cassab (2010), o termo “violência” possui diversos significados, compreensões e complexidades, sendo ela correlacionada a contextos sociais e a momentos históricos diversos. Cada sociedade tem uma visão ou significado de violência diferente de uma outra, ou seja, a violência tem um significado, uma condição de acordo com regras de um determinado lugar ou tempo, todavia, os atos se caracterizam como agressões. Conforme autores/as supracitados/as, de maneira geral, as mulheres são as mais discriminadas nessas sociedades sobre diversas manifestações, por exemplo: a discriminação no mundo do trabalho, por ser simplesmente mulher, frágil, submissa, considerada inferior em relação ao homem. Ademais, existe outra violência mais nociva contra a mulher, a saber: a violência doméstica, praticada pelo seu cônjuge, parceiro.

A violência doméstica contra a mulher, pontualmente presente no âmbito doméstico-familiar, é recorrente em noticiários de televisão e sites, como, por exemplo: Agência Patrícia Galvão que produz e divulga notícias, dados e conteúdos multimídias sobre os direitos das mulheres brasileiras, casos de violência doméstica contra a mulher, apresenta que o agressor normalmente é o marido e/ou companheiro da mulher<sup>5</sup>.

O uso do poder do homem sobre as mulheres encontra-se na base da violência exercida contra elas, de modo a dominá-las e controlá-las. Isso ocorre porque existe uma desigualdade histórica cōnstruídas ao longo dos anos nessa, bem como diferenças de gênero que foram socialmente construídas por homens e mulheres. Segundo Santos e Moré (2011) e, também, de acordo com Bandeira (2005) e Auad (2006), consideram que um dos fatores principais para entender o fenômeno da violência exercida contra a mulher, ainda nos dias de hoje, é a desigualdade de gênero, a violência existe e é exercida de forma a criar uma relação de opressão.

Alguns elementos são apontados pelos/as autores/as como partes integrantes da nossa sociedade e que alimentam há muito a desigualdade entre os gêneros, uma ideologia que serve para naturalizar a desigualdade que a sociedade construiu ao longo dos anos, a saber: o machismo. A sociedade, ainda, considera o homem mais forte e mais competente, por conta disso mais preparado que a mulher, configurando assim uma sociedade machista patriarcal baseada na dominação do homem sobre a mulher por meio da violência.

Outro elemento de desigualdade, segundo Santos e Moré (2011), é o patriarcado, entendido como sendo um modo de organização que estrutura as relações sociais. Nesse caso, há uma divisão de papéis entre homens e mulheres, onde o homem é o único chefe da família, mas isso porque os homens usam um método que para eles e para sociedade é eficaz, neste caso a sua força. A educação também é outro fator da desigualdade em nossa sociedade, pois a criança é instruída desde muito cedo no seu papel. Se for menina, por exemplo, tem suas funções pré-estabelecidas e deve se comportar de um jeito, se for menino deverá ser de outro. Começa por aí a ser imputadas as diferenças de gênero, como, por exemplo, a sexuais, ou seja, naturaliza os efeitos da violência contra a mulher como sendo reações comportamentais, emocionais e sociais aceitáveis. A mulher passa a ser subjugada, incompreendida, explorada pelo homem, que também é uma violência por ela vivida no seu dia a dia.

Ainda para Saffioti (2015), o patriarcado é um contrato sexual, onde o papel da mulher é de sujeição perante ao homem. Nesse caso, envolve tanto o público quanto o privado,

---

<sup>5</sup> Ver site://[www.agenciapatriciagalvao.org.br](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br)

entendido como uma “história de sujeição” (PATEMAN 1993). É uma estrutura de poder que infecta toda a sociedade civil e o Estado. O patriarcado está em todos os espaços, na esfera do privado, do público, bem como no lazer coletivo. Contudo, essas esferas, tanto privado quanto o público, estão diretamente ligadas, apesar de haver diferenças nas atividades no público e privado, ainda assim não se pode separá-las, haja vista que as relações patriarcais e suas hierarquias estão presente nas atividades da sociedade civil e do Estado.

O homem nessa sociedade é estimulado a ter conduta agressiva e perigosa, por conta de um processo de desigualdade histórico e culturalmente construído. Resultado de um desenvolvimento desigual de “animus” e de “anima”, ligado a uma ideologia sexista onde a sociedade estimula o homem a desenvolver o seu “animus”, um princípio masculino, ou seja, o homem lhe é imputado a desenvolver a agressividade, a ser violento, a não chorar, ser forte, corajoso. Em contrapartida, as mulheres são estimuladas a desenvolverem seu “anima”, a desenvolver comportamentos dóceis, serem pacificadoras, acreditarem que são frágeis, que não possuem na mesma proporção inteligência, competitividade, poder político, que advém de ideologia sexista, onde o homem desenvolve essas características que não são encontradas nas mulheres.

O resultado é o desequilíbrio entre “animus” e “anima” por conta disso o patriarcado se fortalece no coletivo para a implantação da superioridade masculina, (SAFFIOTI 2015). Assim, a mulher torna-se alvo fácil de uma dominação desregrada do homem, tendo como apoio uma sociedade cultural e historicamente patriarcal, que aceita a desigualdade. O resultado é a naturalização da violência contra a mulher na sociedade contemporânea.

Segundo Amini e Lindinalva (2007), em relação à falta de paridade entre homens e mulheres, consideram que as desigualdades de gênero são resultantes de uma construção sociocultural secular, não encontrando respaldo nas diferenças biológicas da natureza. “Assim, num sistema de sujeição, dominação e de poder, passa-se a considerar natural a desigualdade construída socialmente” (CAMPOS e CORREA 2007, p. 113).

Para Braghini (2000), a questão da violência doméstica contra a mulher é algo nocivo que atinge todas as classes sociais, raça, cor, etnia, independente de região local e período. A mulher ao nascer em uma família em que o poder das decisões está a cargo do homem, provavelmente, terá que obedecer às regras impostas por esse sem questionar, ou seja, desde cedo a menina é ensinada a respeitar, ser submissa em relação ao menino, que corresponde a outro padrão. Assim, o homem é o chefe da casa, ele é quem manda, e a mulher é quem obedece, sem questionar, como se fosse natural tal papel.

Nesse sentido, a violência contra a mulher tem fatores ideológicos, ou seja, o machismo é considerado padrão legítimo de dominação do homem sobre a mulher em uma sociedade. Caso as mulheres não se adequem a esse padrão, o agressor utiliza-se de violência, muitas vezes, física. Todavia, a violência física, do agressor em relação à mulher, não é somente justificada por fatores ideológicos, há outros fatores que corroboram para a continuidade do patriarcado, a saber: fatores estruturais, institucionais e pedagógicos, tornando-se um facilitador para a permanência da violência doméstica.

Segundo Garcia (2010), a violência doméstica são comportamentos agressivos que acontecem na esfera doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes, praticados por parentes, pais, maridos, companheiros ou outros ligados à vítima. A violência se apresenta de determinadas formas, a saber: sexual, física, psicológica, negligência e abandono.

A violência física, segundo Marie (2006, p. 13), é uma das violências sofridas por mulheres ao denunciarem seu algoz tendo em vista que: “tudo tem início muito antes dos empurrões e dos golpes. Há no começo comportamentos abusivos, intimidações micro violências que preparam o terreno”, ou seja, primeiro acontece a violência psicológica para, então, vir a física.

Para Garcia (2010), a violência física, forma pela qual o agressor tende a mostrar que é ele quem tem o poder, é uma prática comum para esses que se intitulam donos do corpo e mente da mulher. Pode ser executada pelos pais, responsáveis, cônjuge ou companheiro, com intenção de provocar danos no corpo da vítima, bem como ser omisso frente a cuidados que a vítima venha necessitar. A violência física é o tipo do abuso mais comum entre casais, em comparação as outras formas apresentadas.

A violência emocional ou psicológica resulta em prejuízo emocional à mulher. O agressor tenta controlar as ações da vítima em crenças e decisões por meio de intimidação, influência, ameaças feitas a ela ou a seus filhos, sujeição, isolamento, ridicularização, discriminação, bem como agressão verbal, por exemplo: impedir que a companheira trabalhe, estude, converse ou tenha amizade com outras pessoas. Dessa forma, segundo Garcia (2010), todo ato que cause danos é considerado violento à saúde psicológica, ao crescimento pessoal. São atos de adversidade e ultrajoso, que podem influenciar na autoestima da mulher. Assim como a negligência, é outra forma de violência na qual os pais ou responsáveis deixam de suprir as necessidades básicas para o desenvolvimento da criança e do/a adolescente. Por último, o abandono. Essa violência diz respeito ao descumprimento das responsabilidades dos pais e

mães em relação aos/às filhos/as, crianças e adolescente, expondo-os/as à situação de risco, por exemplo: deixando sozinhos/as em casa ou em outro local.

Tal realidade não impediu que as mulheres se manifestassem e começassem uma luta para enfrentar a violência contra as mulheres, a desigualdade, bem como outras formas de violências. Podemos citar, por exemplo, os grupos feministas que muito colaborou para o enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres e trabalham para a desconstrução do patriarcado.

Para Almeida (2014), os movimentos de mulheres e movimentos feministas se mobilizaram, historicamente e até os dias atuais, para desconstruir a ideia de que os corpos femininos devam passar por esse tipo de violência, e pautar políticas públicas de enfrentamento às violências de gênero. Dentre as discussões tratadas por esses movimentos estavam os homicídios de mulheres em contexto doméstico, em razão de uma cultura machista, paternalista, que ainda serve para alimentar as desigualdades entre os gêneros.

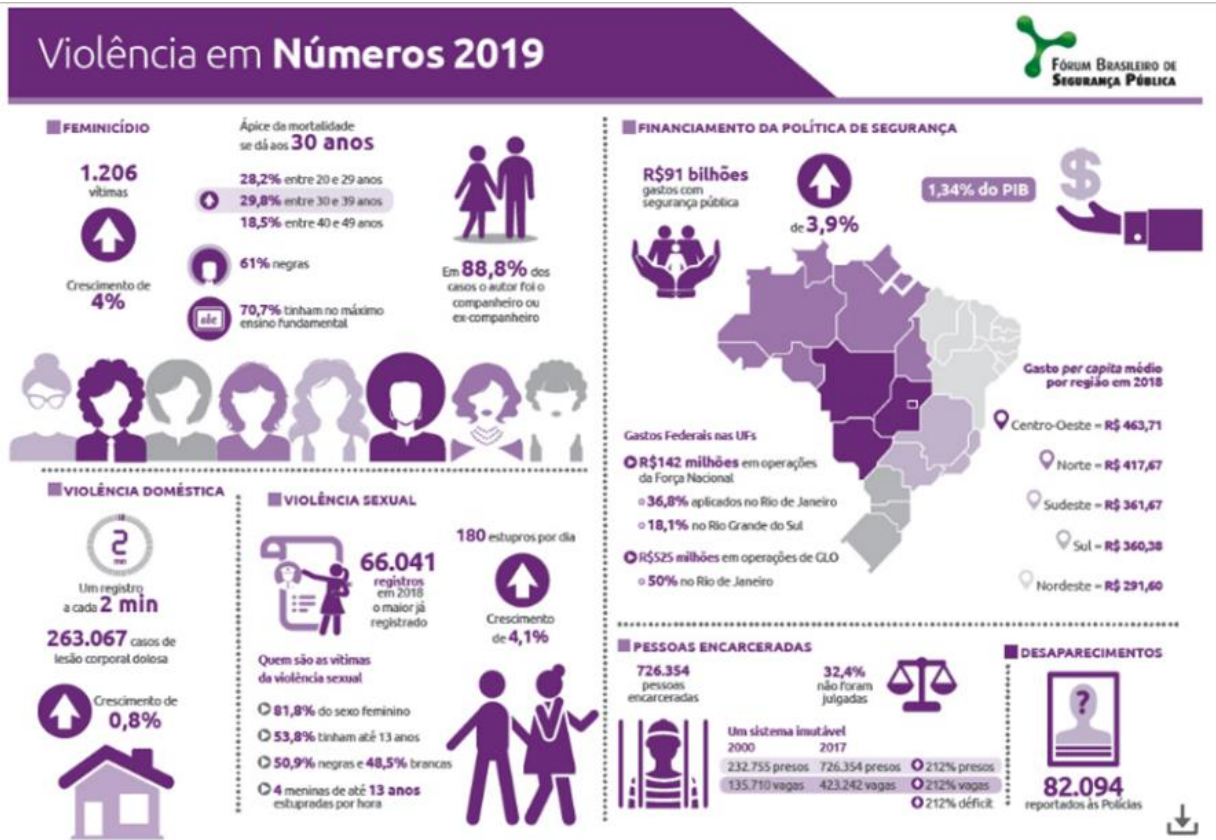
Segundo Maria Amélia (1993), os movimentos feministas do Brasil, juntamente com a mobilização internacional, como as Nações Unidas, começaram a se organizar em campanhas no período entre 1976 e 1985, com o intuito de visibilizar a discussão da violência contra a mulher e, concomitante, assegurar políticas e legislações para seu enfrentamento. Segundo Lurdes, (2009), o movimento decorre a atuação dos Juizados Especiais Criminais (Jecrim<sup>6</sup>), insuficientes no enfrentamento da violência de gênero e da impunidade dos “agressores” em aplicar as penas alternativas (BANDEIRA, 2009), e a Lei Maria da Penha de 2006.

A Figura 1 são dados estatísticos do panorama da violência doméstica contra a mulher, uma demonstração de dados reais decorrente das violências as quais as mulheres estão constantemente em risco.

Figura 1 – Violência contra a mulher.

---

<sup>6</sup> A Lei 9.099/95 instituiu o Jecrim para tratar especificamente das infrações penais de menor potencial ofensivo, ou seja, aquelas consideradas de menor gravidade. Esta Lei tem como objetivos: - desafogar os sistemas carcerário e judiciário; - adoção de procedimento simples e célere, e – aplicação de penas com caráter mais social e menos punitivo. Fonte: <http://copodeleite.rits.org.br/apcaa-patriciagalvao/home/noticias.shtml>



Fonte: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/13o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-fbsp-2019/> - Acesso 05/12/2020

Conforme a Figura 1, o 13º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2019) registrou 1.206 casos de feminicídios no Brasil, em 2018, assim como foi constatado um aumento de 11,3% em relação a 2017. Todavia, desse total, 61% das mulheres eram negras e em 88,8% dos casos o autor foi companheiro ou não. Os dados em relação à violência sexual demonstram que, em 2018, foram 66,041 casos, um aumento de 4,1% em comparação a 2017. No geral, 81,8% dos casos eram do sexo feminino, 53,8% tinham até 13 anos, 50,9% das vítimas eram negras e 58,5 eram brancas. Por último, os dados de violência doméstica apresentam 263,067 casos de lesão corporal, um registro a cada dois minutos (FBSP, 2019).

## 2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CAMPO DA SAÚDE

Na primeira década do século XXI, o Ministério da Saúde (MS) atento à questão da violência de gênero, mais especificamente à violência sexual contra mulheres, adolescentes e crianças, passou a assumir lugar de destaque no enfrentamento à violência. Suas ações estavam articuladas com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM)<sup>7</sup> no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, em todos os espaços sociais, graças às reivindicações e esforços dos movimentos feministas e de mulheres. O MS, juntamente com seus representantes, entendeu que a violência sexual é uma violação aos direitos humanos, assim como uma questão de saúde pública, buscando, portanto, acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, como a Conferência de Cairo (1994), Beijing (1995) e Convenção de Belém do Pará (1994), com respaldo na Constituição Federal de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente 1990 e no Código Penal. Ademais, avançou em termos legal no reconhecimento da violência doméstica e familiar contra a mulher com a Lei Maria da Penha, em 2006.

O MS, então, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher, lança, em 2005, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes<sup>8</sup>. Seu intuito foi expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência, bem como de formar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde para atendimento ao sujeito em situação de violência sexual. A Norma orienta a organização de serviços e o desenvolvimento de uma atuação profissional que se espera eficaz e qualificada nos casos da assistência voltada à mulher em situação de violência, além de garantir o exercício dos direitos humanos das mulheres. Essa Norma traz em seu bojo a atenção à mulher, como principal destinatária da violência sexual,

---

<sup>7</sup> Desde 2004, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) implementa o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Construído com base nos resultados da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), o Plano possui um conjunto de 199 ações nas áreas de educação, saúde, trabalho e enfrentamento à violência contra as mulheres; o Comitê de Articulação e Monitoramento do PNPM tem por finalidade acompanhar a sua execução.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/enfrentamento\\_violencia\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/enfrentamento_violencia_mulher.pdf) - acesso 12/12/2020

<sup>8</sup> Norma Técnica - Atenção Humanizada Às Pessoas Em Situação De Violência Sexual Com Registro De Informações e Coleta De Vestígios - Ministério da Saúde Ministério da Justiça Secretaria de Políticas Para As Mulheres - 2015

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf)



lembrando que, não raro, homens, crianças, adultos ou adolescentes sofrem essa violência e que, também, são atendidos segundo suas normativas.

Cabe ressaltar que a questão de gênero se torna extremamente relevante para entender que a violência sexual não se limita unicamente às mulheres e às adolescentes. É, antes, um impulso agressivo, tendo como alicerce um modelo que estrutura as relações de gênero como relações de poder, resultado de uma delapidação do corpo do outro, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente. Portanto, a Norma Técnica é um avanço para entender o problema que é a violência sexual contra mulheres e adolescentes, bem como assegurar estratégias de enfrentamento.

Segundo Cavalcanti, Zucco, Silva (2005), a Norma Técnica de 2005 prevê orientações e procedimentos de maneira que o profissional da área da saúde tenha suas ações pautadas para identificar e atender adequadamente as vítimas de violência sexual. A Norma Técnica, da Área Técnica de Saúde da Mulher/MS, é um dos resultados das ações públicas de prevenção da violência sexual desde 1998 e tem como objetivo projetar e acompanhar a ampliação de políticas ligadas ao problema da violência sexual associada, sendo submetido às normas do Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência. Foi criada para atender a mulheres vítimas de violência sexual, independentemente de cor, raça etnia e orientação sexual, nos hospitais de referência por equipes multiprofissionais preparadas, sensibilizadas e treinadas para garantir os direitos das vítimas.

Antes da Norma Técnica de Saúde da Mulher, surgiram outras ações, como o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, lançado pelo MS, como sendo um programa que contemplava um conjunto de serviços voltado a todos os ciclos de vida das mulheres, no âmbito da saúde pública. A proposta desse Programa era a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, como, por exemplo: ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde da mulher, mais especificamente nas ações de pré-natal; parto e puerpério e assistência clínico ginecológico (BRASIL,1984). Avançado para sua época, o Programa contemplou novas diretrizes para a população feminina, ou seja, apresenta uma visão ampliada e integral da mulher e não apenas com foco na maternidade, apesar de ainda permanecer até os dias de hoje a ideia de que os cuidados estão ligados à saúde materna infantil.

Segundo Bandeira (2009), essa foi uma ação inédita, haja vista que os serviços desse Programa estavam exclusivamente direcionados às mulheres na saúde pública, mais especificamente para as questões de gênero no campo da ginecologia e obstetrícia, com foco

nas medidas de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual. Isso só foi possível graças a participação do movimento feminista, das organizações de mulheres e do movimento sanitário, que ajudaram a criar o Programa, porém os cuidados em relação à violência foram objeto de atuação no campo da saúde no final dos anos de 1990.

Segundo Schraiber (2005), a violência corrobora com o adoecimento e sofrimento da mulher, principalmente quando a violência é doméstica, quando não há como fugir, quando tudo é velado e regado por uma cultura onde a mulher é adestrada a aceitar sua posição de submissão e acreditar que ela é a causadora do seu sofrimento. Como não bastasse, não é somente no meio familiar, no reduto de sua casa que a violência ocorre, o problema vai além disso, quando essa mesma mulher busca atendimento nas unidades de pronto atendimento (UPAs), delegacias, hospitais, em unidades de emergências.

Um dos fatores que favorecem a revitimização das mulheres em situação de violência, quando as mesmas procuram a rede de atendimento, é a dificuldade delas em revelar os fatos e as agressões sofridas, independentemente de serem físicas ou psicológicas, por se sentirem constrangidas, envergonhadas para relatar o ocorrido. O aborto é outra questão delicada para as mulheres que sofreram estupro, tendo como resultado uma gravidez indesejada. Há mulheres que nem ao menos conhecem se quer as leis, e as outras que conhecem, quando vão ao sistema de saúde, são tratadas como culpadas e são mal recebidas por tal situação, sem contar que alguns médicos se negam a fazer o aborto.

O aborto é mais um fator que envolve aspectos de cunho moral e religioso, sendo objeto de forte reprovação social. Essa é mais uma dificuldade vivida pelas mulheres, a de relatar a tentativa de aborto ou o próprio aborto, particularmente em contextos de ilegalidade, como no Brasil. O aborto provocado na forma do auto aborto ou com consentimento da gestante está sujeito à punição, às sanções do Código Penal Brasileiro, previsto no seu artigo 124; o aborto praticado por terceiro sem o consentimento da gestante, no artigo 125; o aborto praticado com o consentimento da gestante, no artigo 126; sendo que o artigo 127 caracteriza a forma qualificada do citado delito. No Brasil, admite-se duas espécies de aborto legal: quando a vida da gestante está em risco, neste caso, o médico realiza o aborto com o intuito de salvar a vida da mãe, e o aborto nos casos de estupro. Há, ainda, os casos de anencefálicos, conforme a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF - nº. 54, que garantiu, no Brasil, a interrupção terapêutica da gestação de feto anencefálico, ou seja, o aborto de anencefálico não é considerado crime, fora isso é crime (JESUS, 1999).

Segundo Madeiro e Diniz (2016), o aborto no Brasil nunca foi regulamentado, o que existe é uma Norma Técnica para os casos de violência sexual. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes prevê e normatiza a organização dos serviços. Foi em 2005 e 2011 que a mesma passou por atualizações, com isso, a Norma dispensa a mulher de apresentar boletim de ocorrência (BO) ou laudo do Instituto Médico Legal (IML). Conforme essas regulamentações, o único documento necessário para a interrupção da gravidez por motivo de estupro seria o consentimento por escrito da mulher. A efetivação da maior parte dos serviços teve como sustentação a reedição da Norma Técnica, em 2005, e o dado oficial divulgado pelo Ministério da Saúde era de 60 serviços de aborto previsto em lei no país, em 2009.

Dentre os documentos voltados ao enfrentamento das violências contra as mulheres, publicadas no período entre 2003 a 2010, é possível elencar: os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres; a Lei Maria da Penha; a Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência; a Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de Violência; a Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros (BRASIL, 2011).

A falta de preparo dos funcionários é um dos motivos que pode levar a revitimização das mulheres em situação de violência (SCHRAIBER, 2005). É possível que esses fatores estejam vinculados à inexistência de orientação, normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, conhecimento do incentivo à constituição de redes de serviços, projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública, bem como ser relevante inserir no currículo dos cursos profissionais a temática da Violência contra a Mulher entre outros dos estudos feministas. Logo, a ausência de conhecimento dos/as profissionais sobre os procedimentos de atendimento a mulheres que chegam nas unidades em situação de violência, bem como a falta de treinamento e orientação, podem ser um dos motivos que agrave ainda mais o atendimento a essas mulheres, pelo fato de exercerem suas funções, visando tratar da cura de doenças e não investigar as causas que levaram as mulheres à busca de atendimento.

Ainda segundo Schraiber (2005), a violência doméstica é uma preocupação no âmbito dos serviços de saúde, por vários motivos. Em alguns casos: a violência não se apresenta explicitada durante os atendimentos de saúde para o profissional; as equipes não registram ou registram de modo insuficiente a Ficha de Notificação Individual; as equipes não notificam, por

algum motivo desconhecido, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); ou, ainda, os/as profissionais desconhecem o processo de encaminhamento aos serviços da rede.

Para Coelho et al. (2013), é importante capacitar os/as profissionais que estão diretamente envolvidos/as no atendimentos e notificação da violência intrafamiliar, para evitar erros de interpretação no preenchimento da ficha de notificação, principalmente, quando se refere à violência contra a mulher.

Nesse caso, é necessário realizar treinamento com os/as profissionais para o preenchimento da ficha e sensibilizar para a compreensão da relevância desse ato. Segundo as autoras, os motivos que possam levar ao erro podem ser:

A falta de conhecimento por parte de alguns profissionais em suspeitar do problema ou fazer o diagnóstico de violência; também o temor de estar enganado, notificando uma suspeita infundada; sentimento de ausência de suporte institucional para respaldar seu ato; descrença na retaguarda ou no poder público para dar solução aos casos encaminhados quando é feita a notificação; desconhecimento das obrigações legais; medo de represálias, de se envolver e de ter problemas com o agressor ou com a justiça; interesses pessoais; entre outros. Tais motivos são entendíveis, porém precisam ser superados, a fim que a violência seja revelada e desmistificada” (COELHO et.al., 2013, p.50).

Portanto, a prática diária dos/as profissionais da saúde no atendimento às mulheres em situação de violência tem um relevante papel na garantia de seus direitos. Para isso, devem saber investigar e identificar os casos de violência e maus-tratos, articulando com outros profissionais e com rede de serviços para traçar intervenções a cada atendimento.

Para Mafioletti, Peres e Tisserant (2013), a implantação e implementação da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais (SINAN) foi um dos elementos essenciais dos serviços de saúde para o enfrentamento à violência doméstica, assim como a implantação de ações de Promoção da Saúde, Prevenção da Violência e estímulo à Cultura da Paz. A avaliação epidemiológica da violência doméstica e sexual é, ainda, um encargo difícil, dada o primórdio dos sistemas de registros de dados, bem como seu distanciamento entre os vários serviços que prestam atendimento às pessoas em situação de violência.

Contudo, é preciso reafirmar que a Ficha de Notificação é um instrumento disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência (BRASIL, 2014). Conforme a Portaria de nº 737, a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais, a saber: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990; a Lei nº

10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; e a Lei nº 10.741/2003 – Estatuto do Idoso (BRASIL, 2008).

Ademais, cabe salientar que a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da Saúde não é denúncia, e sim um instrumento de garantia de direitos. A notificação é um serviço de extrema importância, criado pelo MS, pelo SUS, para mapear a violência doméstica contra mulher e outras violências, através da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências Interpessoais vinculadas ao SINAN, por meio da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001), aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), através da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001.

Algumas possibilidades de ações são apontadas como facilitadoras no trato das mulheres em situação de violência. Uma dessas ações tem como objetivo ser um serviço seguro, que os/as profissionais da área sejam atenciosos/as, que tenham empatia, comprometimento e respeito para com as mulheres em situação de violência, quando buscam os serviços de saúde e que notificam por meio da Ficha (SINAN). Nas instituições que atendem as mulheres em situação de violência, os/as profissionais devem passar por treinamento, assim como a mulher agredida, seus familiares e amigos/as devem ter atendimento qualificado, acolhimento, conhecimento e supervisão por parte dos/as profissionais das instituições que pertencem à rede de atendimento. Após as etapas de acolhimento, atendimento e notificação, deve-se proceder ao seguimento na rede de proteção social.

Outro ponto que culminou na abrangência dos serviços voltados ao combate da violência doméstica foi o Projeto de Lei nº 12.845/2013, que determina o atendimento obrigatório, integral e imediato no SUS a vítimas de violência sexual. Este prevê a garantia da atenção de forma humanizada e cortês, com ações voltadas ao acolhimento, apoio psicológico e profilaxias a mulheres em situação de violência, para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis (IST), como, por exemplo: HIV, sífilis e outras doenças. Outro serviço relevante é o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis editado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde<sup>9</sup>. Os serviços buscam combater os efeitos e consequências causadas às mulheres em situação de violência. São ações como essas que culminam na eliminação ou na diminuição da violência (BRASIL, 2013).

---

<sup>9</sup> Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis  
[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Protocolo\\_Mulher.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Protocolo_Mulher.pdf)

Todos esses mecanismos elencados foram criados como ações facilitadoras para o enfrentamento da violência, mais especificamente da violência contra a mulher. Todavia, alguns desafios devem ser trabalhados, tais como: boa vontade política; investimentos financeiros em programas para erradicação da violência; esforços da sociedade em desconstruir e eliminar preconceitos, substituindo velhas práticas com novas quando surgirem situações de violência doméstica contra a mulher. Essas são algumas ações que podem contribuir para a diminuição da violência.

### 3 SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAUDE

O Hospital público é considerado por muitos autores do serviço social como sendo uma organização complexa, pois abarca uma gama de profissionais de diversas especialidades, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, técnicos e demais profissionais que atuam tanto individualmente quanto no trabalho coletivo em saúde.

O conceito de Saúde ampliou-se ao longo do século XX, conforme pautado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, fundada em 1948, que tem como proposta cuidar de questões relacionadas à saúde global, esse conceito traz a importância de uma visão holística de um saber mais sistêmico de saúde e doença de enfoque coletivo. A saúde passa a ser um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade como outrora era definido. Com isso, o padrão organicista antes aceito, passa a ter uma visão holística. Houve um deslocamento do saber estruturado na atuação médica, nesse caso organicista, denominado de modelo biomédico focado no diagnóstico e cura, passando assim para um saber mais sistêmico e coletivo, onde vários aspectos do indivíduo são considerados no processo saúde-doença, ou seja, as condições de vida e trabalho das pessoas e de grupos da população (CARVALHO et al., 2003).

Para Almeida Filho e Rouquayrol (2006), o modelo sistêmico de saúde e doença, passa a reconhecer que fatores políticos e socioeconômicos, fatores culturais, ambientais e agentes patogênicos, como fatores sociais impactam na natureza humana. Caso um desses fatores sofram alguma mudança, todos os demais serão afetados. É importante e desafiador para a saúde coletiva, para os profissionais saúde, para os profissionais assistentes sociais, compreenderem que esses fatores sociais devem ser considerados. Segundo CF/88, todos tem direito e acesso à saúde, dessa forma passa a ser gratuita e universal. Conforme Art. 196 da CF, “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”.

A Constituição Federal, Lei 8080/90 Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; a Lei 8.142/90, que trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, bem como da participação popular e controle social, perfazem um conjunto normativo que regulamenta o SUS. É um sistema público, nacional e de caráter universal, que tem como diretrizes organizativas: descentralização, com administração única em cada esfera de governo; atendimento integral; e participação da comunidade. A

implantação do SUS não é arbitrária e assim como as devidas responsabilidades de seus gestores – Federal, Estaduais e Municipais – não podem ser concedidas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida.

O SUS foi implantado na década de 90 por diversos esforços que antecedem esse período, um desses refere-se às significativas modificações no cenário político sanitário brasileiro no final da década de 1970. Por conta da crise fiscal do Estado, o processo de democratização política do Brasil, bem como a falência do modelo de atenção à saúde anterior, que tinha em seu bojo o incentivo ao setor privado, ou seja, incentivar a privatização dos serviços médicos estatais na época, era um modelo clínico assistencial-privatista.

Houve, também, conforme Paiva e Teixeira (2014), surgimento de novos protagonistas sociais no cenário político nacional, são eles: sanitaristas progressistas; movimentos sociais; movimento popular pela saúde e movimento dos médicos. Os grupos populares de bairros pobres de periferias das grandes cidades apoiados pela Igreja católica foram os primeiros militantes a lutarem por melhores condições de saúde de suas regiões.

Os protagonistas da reforma buscavam incorporar mudanças progressivas nas bases da organização do sistema de saúde do país, pois estavam orientados ideologicamente à esquerda e favoráveis à prestação estatal de serviços de saúde, ou seja, foi instituído visando a atenção integral e a participação comunitária na gestão e no controle social. O Serviço Social nesse movimento de melhores condições na saúde, na reforma sanitária, teve sua participação não de destaque, haja vista que estava ocorrendo um processo interno de revisão e negação do Serviço Social Tradicional, no fazer ético-político dos profissionais.

Foi na década de 60, que segundo Lessa (2017), o profissional assistente social teve destaque na área da saúde, com a criação do instituto de Previdência Social (INPS), devido ao aumento de postos de trabalho na qual tornou-se o maior empregador na área da saúde. O destaque se deu em um modelo assistencial médico, curativo hospitalocêntrico, ou seja, seguia uma lógica burocrática centralizadora das políticas públicas daquele momento. O trabalho dos profissionais assistentes sociais se dava de forma reduzida, tendo em vista a dependência dos desdobramentos das decisões de outros profissionais das unidades de saúde, bem como dos recursos financeiros.

Na década de 70 e 80, no campo da saúde, Bravo (1996) cita que a participação dos assistentes sociais foi pequena no envolvimento na Reforma Sanitária, bem como no processo de discussão interna no que diz respeito aos projetos éticos e políticos para a profissão. No entanto, mesmo tendo sua participação não tão comprometida no movimento Sanitário, as



intervenções profissionais em alguns estados brasileiros tinham como meta, no campo da saúde, o respeito à situação dos usuários dos serviços públicos de saúde. A meta era o compromisso com a classe trabalhadora, contribuindo para que esses recuperassem a saúde, fossem reintegrados à vida social, outrora suspensa por sua condição debilitada. Outra meta foi o desenvolvimento de um pensamento crítico dos sujeitos, ou seja, os assistentes sociais buscavam apresentar aos indivíduos o acesso e entendimento sobre direitos previdenciários e trabalhistas, como ajuda supletiva e de cidadania.

Apesar das poucas mudanças em relação às práticas institucionais do Serviço Social na área da saúde, nas décadas de 80 e 90, e da falta de articulação com a reforma sanitária, o Serviço Social teve relevante relação com a reforma sanitária, como afirmam em seus estudos Bravo e Matos (2006), principalmente no que se refere à ruptura dos moldes tradicionais na intervenção no cotidiano dos serviços. Ainda assim, foram apresentados trabalhos nesse período no congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, como por exemplo: propostas de intervenção elaborada pelas Associações, conselhos, no Congresso Brasileiros de Assistentes Social de 85 e 89, bem como posicionamento crítico frente ao projeto neoliberal do país, ou seja, contra a reforma do Estado pelo Governo de Fernando Henrique Cardoso.

Segundo Bravo e Matos (2006), com a reformulação do sistema de saúde, com a construção da reforma sanitária na década de 80, devido uma sucessão de acontecimentos - crise do Estado, descaso com a atenção à saúde e do movimento de rompimento com a política -, o Serviço Social sofre impactos como profissão. Concomitantemente, o Serviço Social passava por uma renovação na profissão, estava ocorrendo um processo interno de revisão e negação do Serviço Social Tradicional, todavia, faltou interação com outros debates com relação à construção de práticas democráticas, como fez o movimento pela reforma sanitária. São perceptíveis os avanços da profissão e movimento de lutas pela saúde pública, maior empregador dos profissionais, embora, efetivamente, poucas são as mudanças e as rupturas dos serviços tradicionais que estavam pautadas em uma “perspectiva modernizadora” nos moldes estrutural-funcionalismo norte-americano de intervenção.

Segundo Bravo (1996), durante toda a década de 1990, houve intensas discussões sobre diferentes projetos relacionados à saúde, como já mencionado nesse estudo. Todavia, o Estado tem passado a responsabilidade para o terceiro setor, as chamadas Organizações Sociais, o que é de incumbência do mesmo, ou seja, prestar os serviços secundários e terciários de saúde, os serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, bem como os serviços médicos

especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência, procedimentos estes de média e alta complexidade para toda população.

Diante de tal contexto, Bravo (1996) explica que as mudanças ocorridas no setor público nesse período, também, afetaram o Serviço Social. Para melhor compreensão dessas mudanças apresenta três variáveis, a saber: a primeira são as alterações do mercado de trabalho e das condições de trabalho do profissional assistente social; a segunda diz respeito às novas demandas que foram apresentadas à profissão, questionando quais as “necessidades sociais” que estão implícitas a ela; a terceira e última, diz respeito ao reconhecimento, e encaminhamento de soluções a tais demandas. Com o aumento e procura de profissionais assistente social no mercado de trabalho no SUS, graças à ampliação das subunidades e dos serviços, foram necessários às alterações de competências ocupacionais provenientes das mudanças tecnológicas e operacionais, bem como à necessidade de administrar as incongruências vivenciadas no sistema de saúde do país. Essas mudanças e contradições, no processo de reorganização do SUS, representou o principal motivo das demandas e atuações dos profissionais do serviço social.

Portanto, conforme Bravo (1996), o principal objetivo do trabalho do assistente social do SUS é a reorganização da plenitude das ações do sistema, mesmo que os caminhos se apresentem cheios de obstáculos e contradições. Apesar das contradições, as faltas de resolutividade do sistema de saúde, bem como as dificuldades de funcionamento, são esses os desafios e os serviços sobre a qual recai o trabalho do assistente social no SUS.

### 3.1 ASSISTÊNCIA SOCIAL A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO HRSJ

O Hospital Homero de Miranda Gomes, popularmente conhecido como Hospital Regional de São José, é uma instituição de natureza pública estatal, instituída pela Lei 3.765 de 31/12/1970, da qual faz parte da rede de atendimento e atenção às pessoas em situação de violência no campo da saúde. Está localizado na Rua Adolfo Donato da Silva, no bairro Praia Comprida do município de São José no estado de Santa Catarina.

As demais instituições que compõe a rede de atendimento e atenção às pessoas em situação de violência no campo da saúde no município de São José, são: Bombeiros, SAMU, Hospitais e Pronto atendimento, Unidades básicas de saúde e vigilância epidemiológica. As instituições estão organizadas em: Equipe de atenção básica/saúde da família; núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF; Serviços de saúde mental; dentre outras, como por exemplo: Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CREMV), delegacias especializadas, ONGs, trabalhos voluntários, que estão envolvidas de alguma maneira para a erradicação da violência de Gênero, violência doméstica contra a mulher.

A Portaria de nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, criada pelo Ministério da Saúde, apresenta a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos e eventos de saúde públicas e privadas em todo o território nacional. Por ser compulsória, os profissionais da área da saúde - médicos, enfermeiros, técnicos, assistente social - a importância do acolhimento, técnica essa atribuída a profissão, e outros profissionais de saúde ou responsáveis de alguma forma -, fazem parte dessa equipe de atenção às mulheres em situação de violência doméstica, presentes tanto nas instituições privadas quanto na públicas de saúde, em conformidade com o artigo 8º da lei nº 6.259, de 30 de outubro, e deverão agir conforme preconiza a Portaria, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência.

Nessa lista há uma relação de 48 situações de violência, dentre elas o item 48 está especificada a violência doméstica e/ou outras violências, sexual e tentativa de suicídio, situações estas que devem ser notificadas, conforme artigo 3º da Portaria nº 204. Portanto é um instrumento para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção a pessoas em situação de violência doméstica. O trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é estratégico para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção.

O fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica na emergência do Hospital Regional de São José tem início nas entradas das três emergências da instituição, são elas: emergência Geral, Emergência Pediátrica e emergência Obstétrica. Nessas, a mulher em situação de violência é recebida pelos profissionais de saúde, pela equipe já formada para essas situações.

Os técnicos administrativos dão entrada do registro, em seguida essa mulher é encaminhada para as (os) enfermeiras (os) responsáveis e a (o) médica (o). Alguns casos não são identificados, tendo em vista que a mulher em situação de violência está acompanhada do “agressor” e omite informações que poderiam denunciar a violência, outras por vergonha. Outra possibilidade pode ser pela falta de preparo de alguns profissionais ou por não terem passado por treinamento ou outros motivos não identificados.

Existe, também, aqueles atendimentos que são reconhecidos, mas não notificados, pode ocorrer várias situações que impeçam o profissional de fazê-lo no momento do atendimento à mulher em situação de violência doméstica na emergência geral. Talvez por conhecer a usuária, e por essa ter passado pela mesma unidade diversas vezes pelo mesmo motivo, não dar mais a importância devida ao caso a ponto de deixar de avisar ou notificar a unidade epidemiológica. Pode ocorrer falhas no próprio núcleo epidemiológico, como por exemplo: alguém deixar de incluir a ficha no sistema SINAN, por algum motivo desconhecido ou extraviar a ficha de notificação.

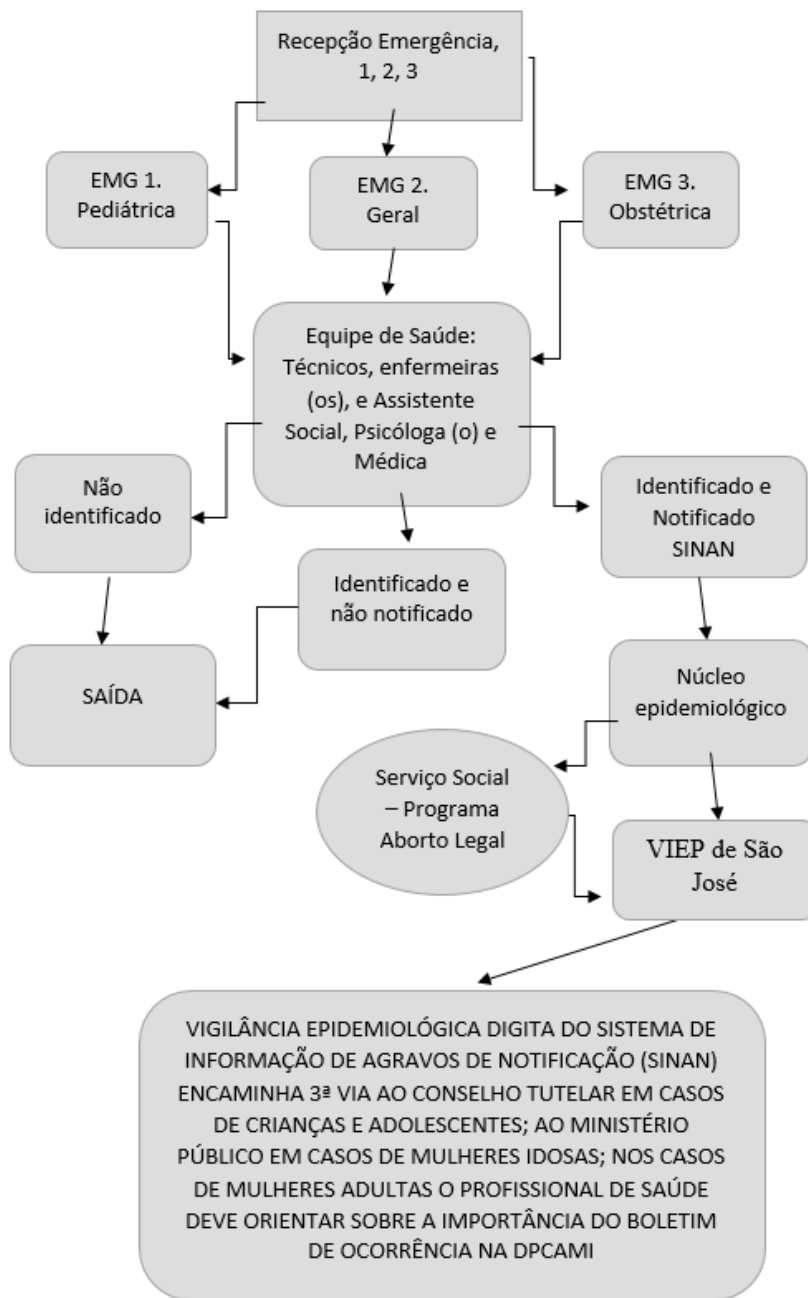
Finalmente quando é identificado e notificado ao Sistema de Informação e Agravos de Notificação – SINAN, por meio da ficha de notificação individual, será computado esse dado para a análise e estratégias de enfrentamento da Secretaria da Saúde do Estado e toda a rede de atendimento ligados a ele. Após o atendimento da usuária em situação de violência pelo/a profissional responsável é preenchido a ficha de notificação em três vias. A primeira via é encaminhada para a Vigilância epidemiológica, a segunda via fica para o serviço de saúde e a terceira e última via é encaminhado ao Conselho tutelar se for uma criança ou adolescente em situação de violência. Os demais casos são encaminhados à Delegacia de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso – DPCAMI ou para a Polícia Militar – PM.

Nos casos de violência sexual, após as notificações terem sido inseridas no SINAN em até 24 horas, é encaminhado para o Centro Ambulatorial de Violência Sexual – CAVS, quando a notificação é de violência sexual contra crianças e adolescentes até 19 anos do município de São José. Para melhor compreensão, segue figura do fluxograma de atendimento a mulheres que buscam ajuda nas entradas de emergências do hospital Regional de São José.

Conforme a Figura 2, as mulheres em situação de violência doméstica geralmente entram nas emergências 2 e 3. Na emergência 2, os casos na maior parte estão ligados à violência física, como por exemplo: luxações, fraturas, arranhões, cortes com arma branca e fogo provocados por conjugues, parceiros, familiares, vizinhos, desconhecidos em sua maioria homens.

Segundo a assistente social da Vigilância Epidemiológica de São José - VIEP, o preenchimento das notificações de violência física e sexual contra mulheres é obrigatório a todos os profissionais de saúde. Para tanto, o HRSJ faz a notificação de violência física contra mulheres e entrega para a Vigilância Epidemiológica de São José a qual recebe por lote do SINAN. O Núcleo epidemiológico do hospital envia para essa assistente social. Caso haja abuso sexual, a ficha é encaminhada por e-mail para agilizar o processo de atendimento/profilaxia e encaminhamento. Se for mulher adulta, no caso de violência física e psicológica não há encaminhamento, visto que é respeitada a autonomia da mulher e os profissionais que atenderam no HRSJ devem orientá-la sobre seus direitos. Em caso de crianças e adolescentes é encaminhado ao Conselho Tutelar e, nos casos de violência sexual contra mulheres entre 0 e 19 anos, encaminhada à policlínica, assim como ao Centro de Atenção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual – CAVS, de São José.

Figura 2 – Fluxo de entrada de mulheres em situação de violência doméstica.

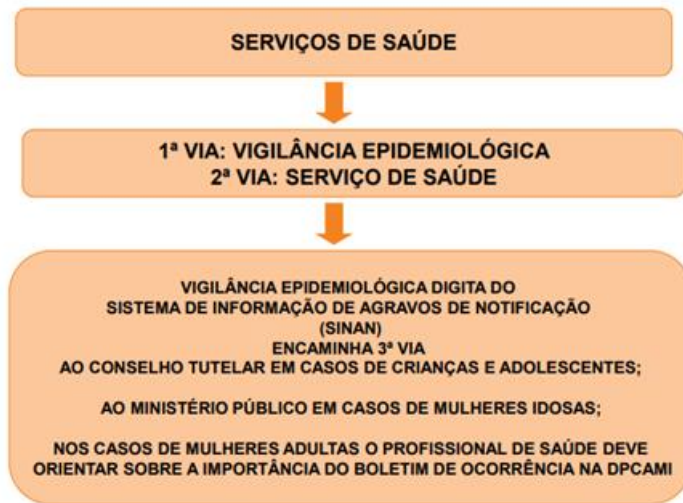


Fonte: Vigilância Epidemiológica do município de São José.

As fichas de outros municípios são encaminhadas para a Vigilância Epidemiológica do município de residência por fluxo de retorno. O atendimento e encaminhamento depende do fluxo do município. O município de São José recebe as notificações de violência por lote. O contato é com o Núcleo de Epidemiologia do HRSJ, assim não tem contato direto com o setor de Serviço Social.

Abaixo segue figura do fluxo de atendimento que ocorre na Vigilância Epidemiológica do município de São José.

Figura 3 – Fluxo da notificação de violência em São José.



Fonte: Vigilância Epidemiológica do município de São José.

Quanto ao fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência física e sexual por meio da profissional assistente social do HRSJ segue etapas, a saber:

- 1) Obrigada a notificar para o SINAN, essas notificações de violência física e sexual contra mulheres são obrigatórias a todos os profissionais de saúde, independentemente de ser Assistente Social. Quando o HRSJ faz a notificação de violência física contra mulheres, a Vigilância Epidemiológica do Município de São José recebe por lote do SINAN. É o Núcleo epidemiológico do hospital que envia para o SINAN. Se for mulher adulta não há encaminhamento, visto que é respeitada a autonomia da mulher e os profissionais que atenderam no HRSJ devem orientá-la sobre seus direitos. Em caso de crianças e adolescentes é encaminhado ao Conselho Tutelar e, nos casos de violência sexual contra mulheres entre 0 e 19 anos, encaminhada também ao Centro de Atenção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual de São José;
- 2) Quanto as fichas de mulheres ou pessoas em situação de violência doméstica, de outros municípios atendidos no HRSJ, são encaminhadas para a Vigilância Epidemiológica do município de residência por fluxo de retorno;
- 3) O município de São José recebe as notificações de violência por lote. O contato é com o Núcleo de Epidemiologia do HRSJ, assim não tem contato direto com o setor de Serviço Social.

Informações sobre se existe alguma portaria e ou programa que trate de mulheres em situação de violência doméstica física, psicológicas e outras violências, segundo a assistente

social, da Vigilância Epidemiológica do Município de São José - VIEP é desconhecido. Existe a orientação quanto aos direitos da mulher ao procurarem atendimento a rede, por exemplo: DPCAMI de cada região, local onde residem, CREMV, CRAS dentre outros.



#### 4 INVESTIGAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER

Esse capítulo tem o intuito de apresentar os dados colhidos no núcleo epidemiológico do HRSJ, no setor de estatísticas e documentação local, onde foram obtidas as informações por meio de acesso as fichas e consulta ao sistema SINAN. Esses dados são referentes a violência domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, entre elas a violência sexual, física e psicológica. Existe também, dados de violência doméstica contra homens. A tabela 1, abaixo ilustrada, apresenta a frequência de casos de violência doméstica contra a mulher e homens nos municípios de São José, Palhoça, Florianópolis e Biguaçu. Sendo que dos 898 casos dos municípios citados, 277 casos de violência são homens em relação a 621 casos de mulheres em situação de violência doméstica registrados.

Tabela 1 – Frequência por ano segundo município (SC)

<b>Município</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Total</b>
São José	165	181	166	232	154	898
Palhoça	132	135	114	140	128	649
Florianópolis	25	23	16	19	30	113
Biguaçu	14	20	15	19	21	89
<b>Total</b>	<b>336</b>	<b>359</b>	<b>311</b>	<b>410</b>	<b>333</b>	<b>1749</b>

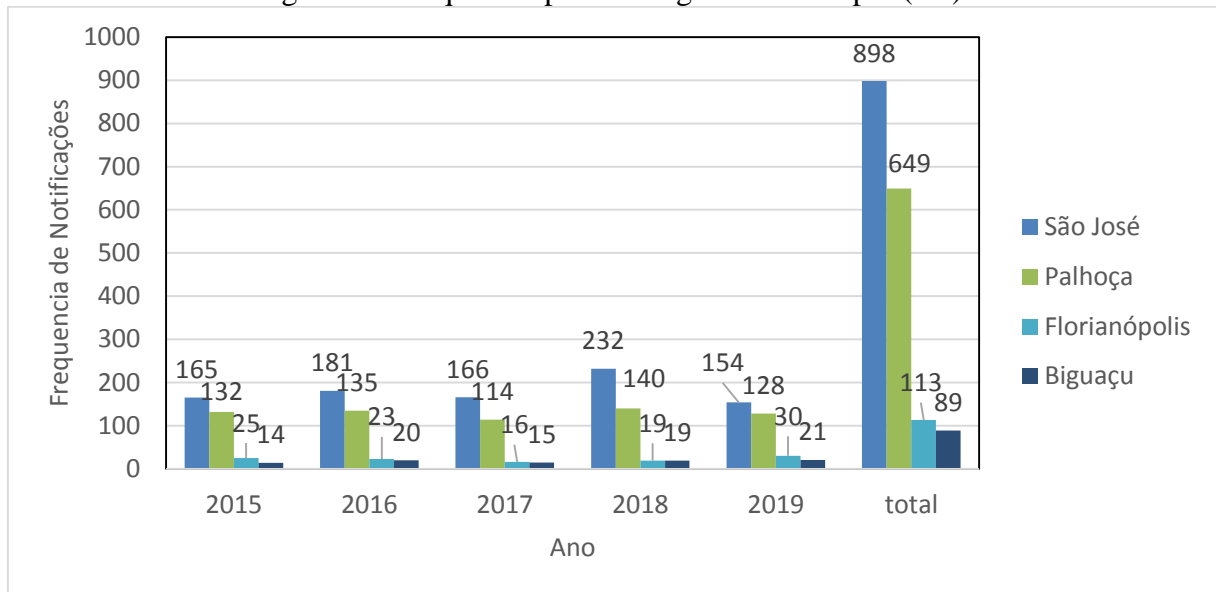
Fonte: Unidade notificadora HRSJ SINAN NET (2020).

Esses municípios tiveram a maior quantidade de registrados de violência entre 2015 a 2019 em relação aos demais cidades e municípios, sendo que o Hospital Homero de Miranda Gomes atende toda a população de Santa Catarina.

A figura 4 destaca o aumento da violência doméstica contra mulheres entre o período 2015 a 2019 nos municípios de São José, Palhoça, Florianópolis e Biguaçu. No período em que foram colhidos os dados é possível identificar um número bastante expressivo de notificações de violência doméstica contra a mulher nas quatro cidades/municípios, principalmente no município de São José, todos estão localizados em área urbana.

De modo geral, a violência doméstica contra a mulher teve expressivo aumento da violência no período analisado em todos os municípios. Um ou outro município teve queda pouco expressiva em um determinado ano dentre aqueles supracitados, porém nenhum seguiu um padrão em comparação a outro ano e assim sucessivamente nos demais municípios.

Figura 4 – Frequência por ano segundo município (SC).



Fonte: Unidade notificadora HRSJ SINAN NET (2020)

A tabela 2 diz respeito a frequência por faixa etária de crianças, adolescente e mulheres em situação de violência nos municípios de São José, Palhoça, Florianópolis e Biguaçu no período entre 2015 a 2019.

Tabela 2 – Frequência por faixa etária (mulheres)

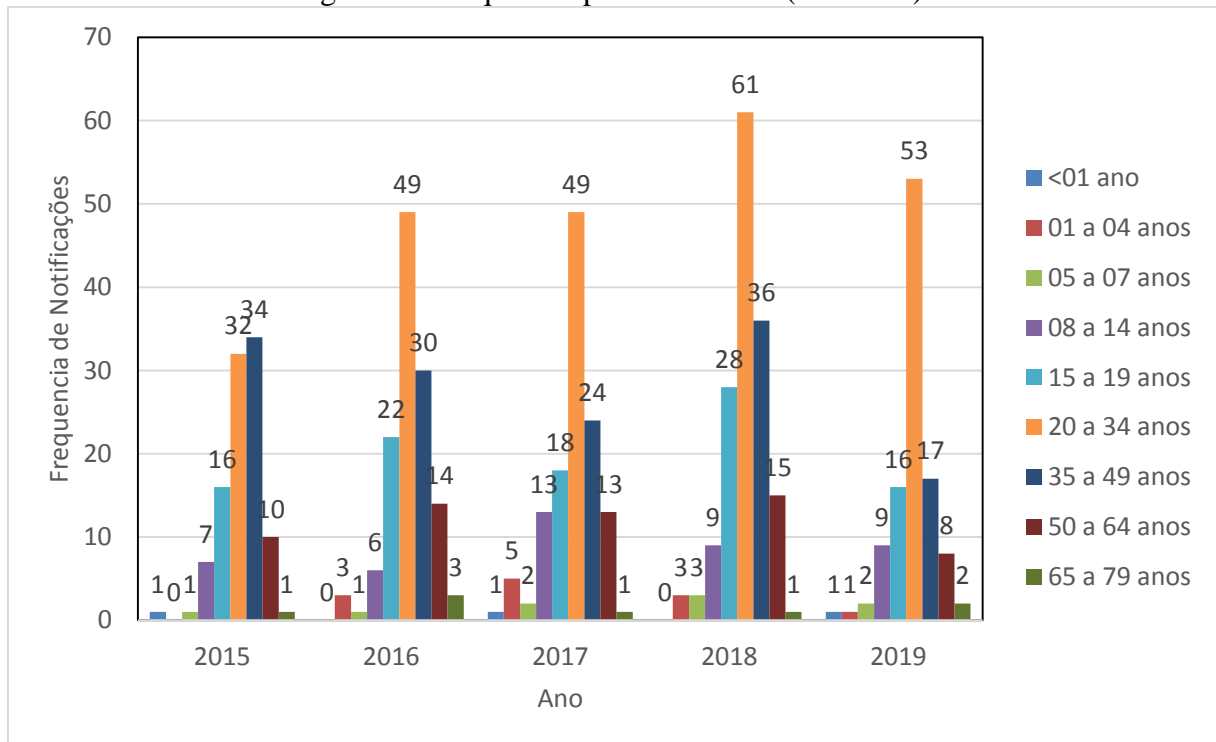
Faixa etária (mulheres)	2015	2016	2017	2018	2019	Total
<01 ano	1	0	1	0	1	3
01 a 04 anos	0	3	5	3	1	12
05 a 07 anos	1	1	2	3	2	9
08 a 14 anos	7	6	13	9	9	44
15 a 19 anos	16	22	18	28	16	100
20 a 34 anos	32	49	49	61	53	244
35 a 49 anos	34	30	24	36	17	141
50 a 64 anos	10	14	13	15	8	60
65 a 79 anos	1	3	1	1	2	8
<b>Total</b>	102	128	126	156	109	621

Fonte: Unidade notificadora HRSJ SINAN NET (2020).

Conforme dados, é possível detectar que as mulheres com idades entre 20 a 34 anos, seguido das de 35 a 49 anos, são as que mais sofreram algum tipo de ameaça ou agressão seguido das de 15 a 19 anos e das 50 a 64 anos, todavia as mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, as mais jovens, são as que mais sofrem algum tipo de violência doméstica e buscaram atendimento no HRSJ. Todos os casos detectados foram notificados, computados por meio de alimentação de inclusão dos dados no sistema SINAN. Vale destacar, conforme a tabela 2, que a vitimização vai diminuindo com o aumento da idade e crianças menores ou igual um ano de idade de sexo feminino.

A figura 5 ilustra a faixa etária de mulheres em situação de violência entre os anos de 2015 a 2019 para melhor visualização. Os dados foram fornecidos pelo núcleo epidemiológico do HRSJ.

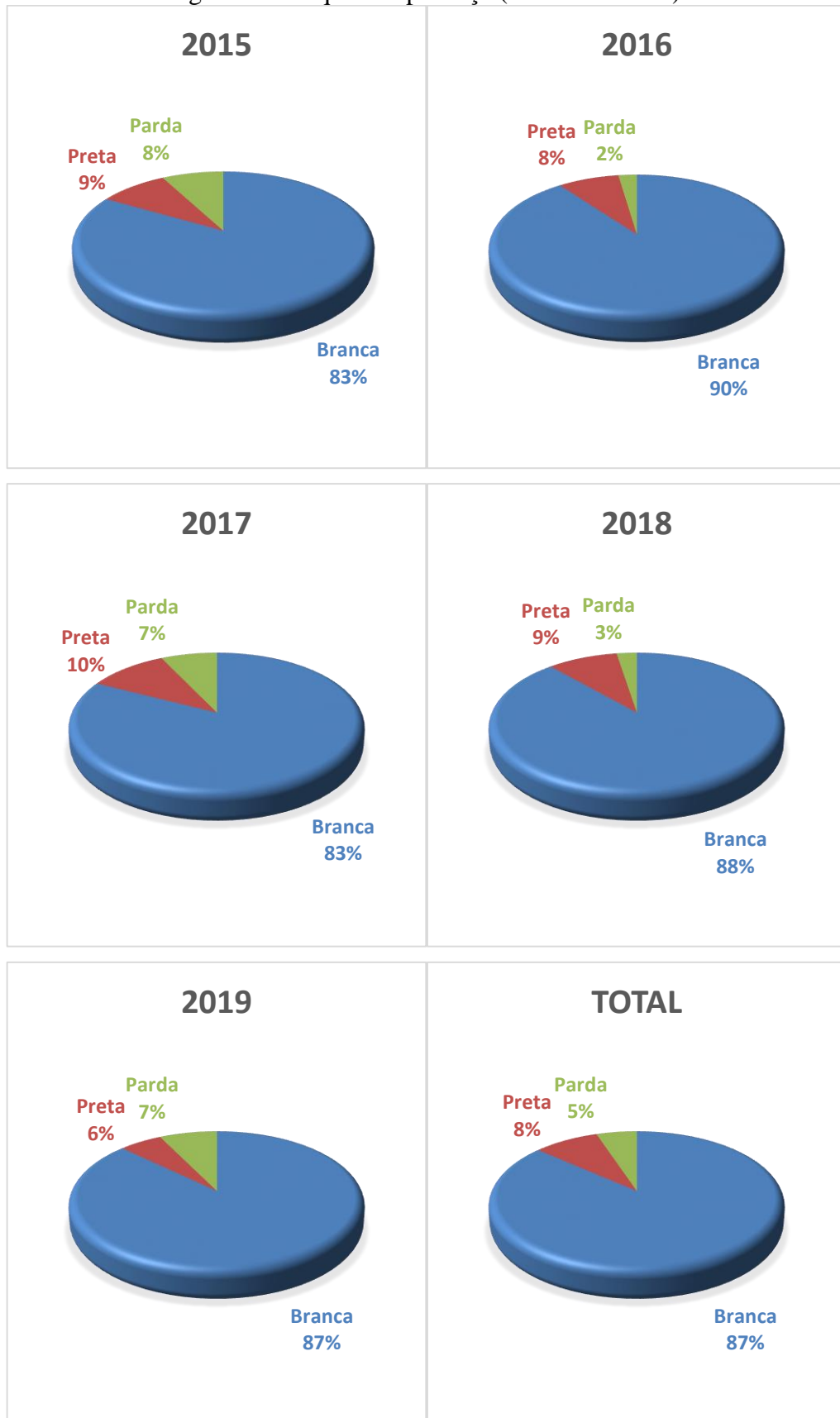
Figura 5 – Frequência por faixa etária (mulheres).



Fonte: Unidade notificadora HRSJ SINAN NET (2020)

Em relação a figura 6 é possível perceber a frequência por ano as notificações segundo a raça branca, preta e parda, salientando que todas são de sexo feminino. As demais raças não apareceram, como a raça amarela e indígena, porque constam zerados nos arquivos do HRSJ, ou seja, não houve notificações entre os anos de 2015 a 2019 na instituição.

Figura 6 – Frequência por raça (mulheres em %).

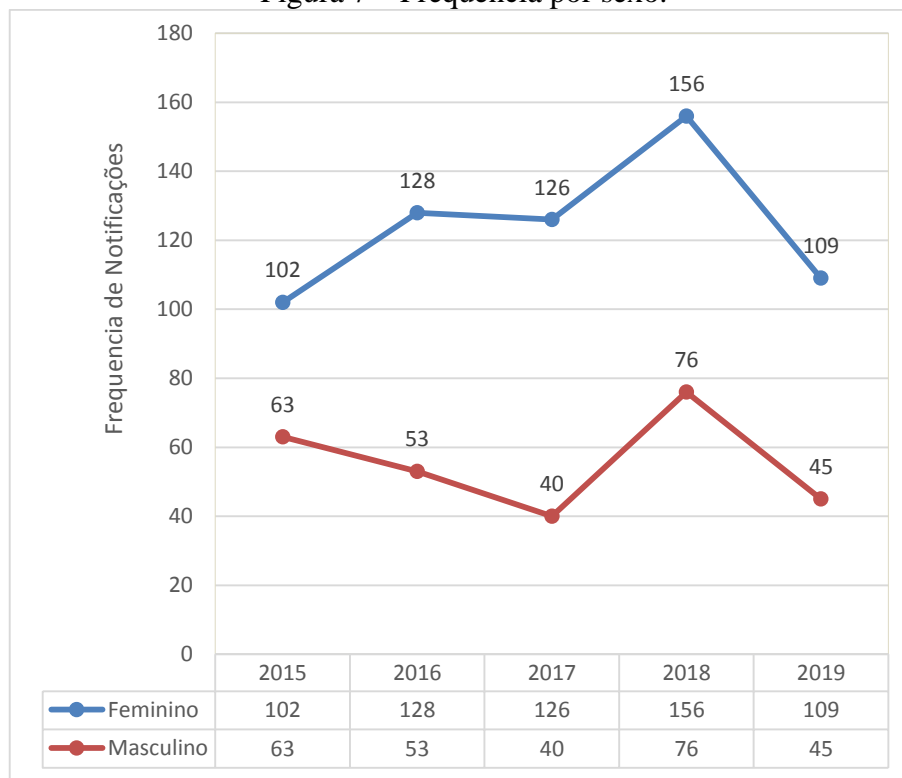


Fonte: Unidade notificadora HRSJ SINAN NET (2020)

De acordo com a figura anterior, com seus respectivos anos, é possível perceber que a maioria das mulheres, em torno de 83% a 90% são da raça branca. As mulheres de raça preta estão entre 6% a 10%, seguido das mulheres de raça parda entre 2% a 8%. Quando se comparam esses dados aos dados oficiais da população catarinense verifica-se similaridade na proporcionalidade racial presente no estado, pois 80% são brancos e 19% são pretos/pardos (PNADCA/IBGE, 2019). No entanto, dados colhidos em uma reportagem no portal Catarinas<sup>10</sup> (2019), o perfil de raça/cor das mulheres em situação de violência no país revela a maior vulnerabilidade das mulheres negras, ou seja, elas são 61% das vítimas, em relação a 38,5% de brancas, de 0,3% indígenas e de 0,2% amarelas. Uma diferença questionável em relação aos dados da instituição estudada.

A figura 7 apresenta a frequência por ano da notificação segundo o sexo no HRSJ. Podemos perceber que o número de mulheres é em torno de 69,15% em comparação a 30,85% de homens das 898 notificações computadas no sistema SINAN através do núcleo epidemiológico dessa instituição bem como acesso as fichas de notificações do núcleo.

Figura 7 – Frequência por sexo.



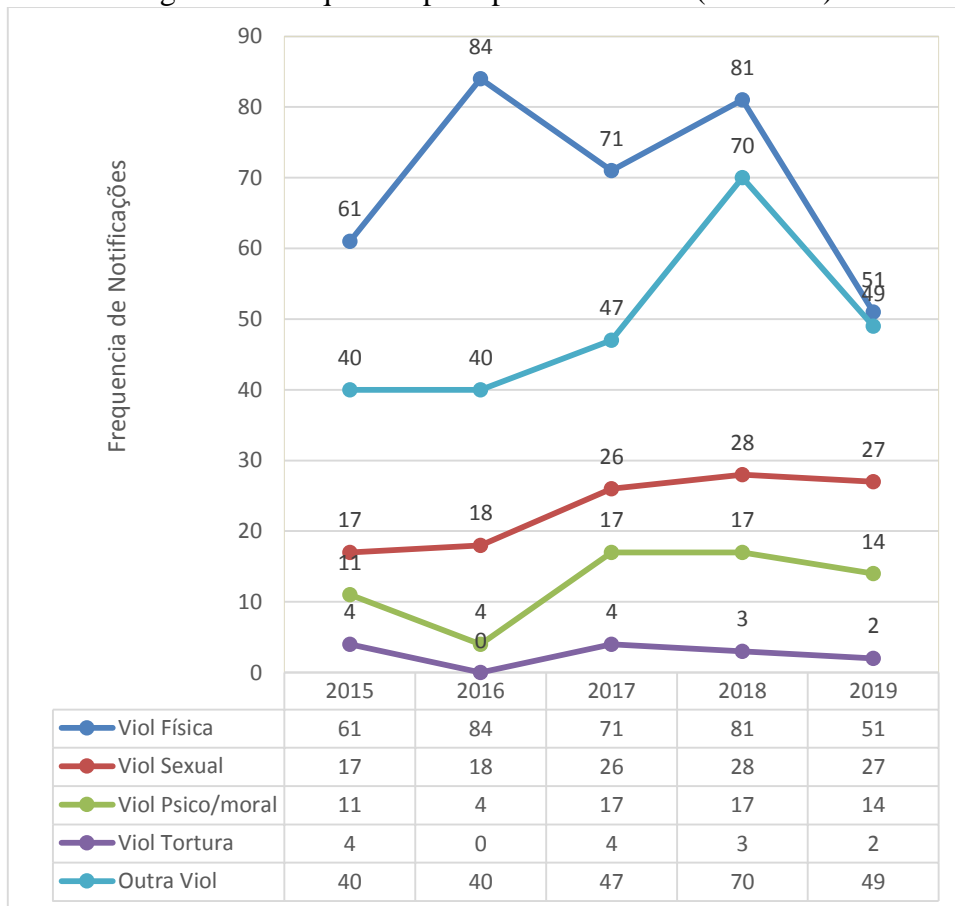
<sup>10</sup> Portal Catarinas – “É a minha mulher”, o sentimento de posse no aumento de feminicídios em Santa Catarina - reportagem outubro/2019.  
<https://catarinas.info/e-a-minha-mulher-o-sentimento-de-posse-no-aumento-de-feminicidios-em-santa-catarina/>

Fonte: Unidade notificadora HRSJ SINAN NET (2020)

Podemos perceber que tanto a mulher quanto o homem tiveram um aumento no período de 2018 em relação aos demais anos estudados. Houve uma queda nos registros do núcleo epidemiológico do HRSJ em 2019 com 109 casos registrados de pessoas de sexo feminino em situação de violência doméstica em comparação a 45 registros de sexo masculino pelos mesmos motivos.

A figura 8 refere-se à frequência do tipo de violência doméstica, a saber: violência física, sexual, psicológica, tortura e outras violências sofridas tanto de sexo feminino computados no HRSJ no período entre 2015 a 2019 registrados no sistema SINAN, num total de 621 casos registrados.

Figura 8 – Frequência por tipo de violência (mulheres).



Fonte: Unidade notificadora HRSJ SINAN NET (2020)

A violência física lidera os registros em comparação as outras violências, conforme dados adquiridos no núcleo epidemiológico do HRSJ. Em seguida, a violência sexual com 116 casos entre 2015 a 2019, logo depois a violência psicológica com 63 casos entre 2015 a 2019. As demais violências, como tortura com 13 casos no total e outras violências com 246 casos

entre 2015 a 2019 também foram notificadas. Outras violências, diz respeito a violência provocadas pela própria mulher, como: tentativa de suicídio, autoflagelo entre outras, em consequência do sofrimento provocado alguma violência doméstica sofrida, como por exemplo: violência sexual, física e psicológica muitas vezes não denunciadas ou sendo elas impedidas de denunciar.

A violência doméstica contra mulher, principalmente as física, sexual e psicológica em mulheres jovens e adultas, registradas no HRSJ, bem como as notificações ao sistema SINAN no período de 2015 a 2019, apontam um aumento de violência e atendimentos na emergência do hospital, exceto em 2019 que houve uma queda nos atendimentos de mulheres em situação de violência, porém não se comparam a realidade dos fatos conforme noticiários, registros em delegacias, e outros meios de comunicações que apresentam o aumento da violência contra a mulher. Mesmo tendo todos esforços para o combater a violência doméstica por meio de grupos feministas, os quais lutam para acabar com a violência doméstica e contra o patriarcado; de ter uma rede de atendimento para dar suporte a mulheres em situação de violência, bem como as leis que servem para coibir a violência doméstica contra a mulher, para extinguir ou minimizar as ações de seus agressores, ainda assim, surgem novos casos e registros de mulheres em situação de violência, principalmente a física. Mesmo com todo esse aparato jurídico e esforços de grupos, é frequente situações como essas tendo em vista que a violência física é perceptível. Muitas mulheres buscam os serviços ambulatoriais e hospitalares em último caso ou quando estão feridas.

Em relação a violência sexual, só é notificada porque algumas mulheres estão em situação de violência sexual, foram violentadas ou estão grávidas de seus abusadores. Buscam esse tipo de atendimento porque querem interromper a gravidez, recebem orientação e auxílio para a interrupção legal, seguindo a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual, disponibilizadas nos hospitais que fazem parte da rede de atendimento ao enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. As demais violências sofridas, as pessoas em geral mulheres são encaminhadas a rede de atendimento e enfrentamento a violência.

#### 4.1 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HRSJ, DESAFIOS E LIMITES

Esse capítulo refere-se a entrevista feita com a assistente social do HRSJ na qual revela suas ações ao enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, quando as usuárias chegam ao pronto atendimento da emergência do hospital e quais os procedimentos as normas de rotina para atendê-las. Também, as informações que são passadas a essas mulheres em situação de violência, sobre a rede, os encaminhamentos e se há ou não resolutividade e acompanhamentos dos casos, quando chegam ao serviço social.

Por meio de entrevista a assistente social apresentou as rotinas do serviço social no HRSJ. As rotinas seguem o Procedimento Operacional Padrão – POP, são elas: Plantão de sala, atendimento a todas as pessoas que buscarem os serviços de saúde ou estão internados no HRSJ em casos de direito violado; supervisão de estágio; solicitação de transporte; respostas de pedidos de parecer; medicação familiar na alta hospitalar; sobre direitos e benefícios dos usuários nas situações de óbito; nas rotinas em caso de adoção; em situação de alta social; do programa aborto legal; dentre outras rotinas que não estão presente nos registros do POP, mas que se fazem necessário quando algumas pessoas internadas ou parentes dos internadas (os) procuram o serviço na busca de respostas para seus questionamentos. Todavia, a maior parte dessas demandas é encaminhada através de pedido de parecer entregues em mãos para os/as profissionais do serviço social ou pelo sistema Micromed, procedimento que a profissional faz diariamente.

Segundo a assistente social entrevistada, o serviço social não atua 24 horas por dia e nem 7 dias da semana no HRSJ. Ele atua de segunda a sexta-feira, a carga horária da assistente social é de seis horas por dia, no período da manhã ou à tarde, salientando que a mesma possui outro vínculo empregatício na Prefeitura de Florianópolis com a mesma carga horária a do hospital no outro período. O serviço social nos finais de semana opera sobre escala de sobreaviso, porém desde o início até o término da pesquisa era a única profissional assistente social atuando em todo hospital. As demandas eram impossíveis de serem sanadas, tendo em vista as inúmeras solicitações de diversos setores do hospital, conseqüentemente uma das dificuldades que a profissional aponta como impedimento para o bom desempenho de sua profissão. Salientando que no hospital HRSJ existem quadro andares com capacidade de 272



leitos ativos, com 1,2 mil internações mensais mais de 5 mil consultas ambulatoriais atendidos no mês com quadro de funcionários em torno de 1.240 funcionários<sup>11</sup>.

A profissional quando questionada sobre as situações que envolviam mulheres em situação de violência doméstica, a mesma responde que nem todas as ocorrências que chegam no hospital, que requerem a atuação do profissional assistente social são ou serão acolhidas, como por exemplo: situações de violência física, sexual ou outras contra a mulher. As mulheres em situações de violência quando chegam ao serviço social de maneira espontânea, ou por pedido de parecer de uma das unidades da emergência, solicitação essa feita pela médica (o) ou pela enfermeira (o), ou ainda quando um das (os) profissionais ao registrar a ficha de entrada percebem a situação, isso é raro, só assim é acionada a equipe de enfermagem, concomitantemente a do serviço social. As pacientes que não estão internadas na emergência geral, mas sim nos andares, e que possuem algum problema social, por exemplo: situação de abandono, sem moradia, desempregada sem condição de sustento, inclusive estar em situação de violência doméstica e outros motivos, é acionado o serviço social, também, por pedido de parecer para então ser atendida e encaminhada para a rede de atendimento.

É muito difícil a constatação dos casos de violência doméstica contra a mulher pelos/as profissionais da saúde na emergência geral do Hospital. Segundo a profissional assistente social, provavelmente um dos motivos que levam os/as profissionais da emergência geral do HRSJ não perceberem essa mulher em situação de violência doméstica, ou em uma situação de vulnerabilidade, é a ausência de preparo/qualificação a uma abordagem dessa magnitude.

Talvez por não possuírem um olhar mais atento, ou ainda por desconhecerem a rotina e fluxo de atendimento, ou ainda por excesso de trabalho ou rotatividade de funcionários. Os profissionais quando ingressam na emergência raramente passam por treinamento, isso quando surge. Ademais, o quadro de funcionários se encontra reduzido, dificultando ou mesmo impossibilitando esse olhar qualificado, mesmo tendo uma normativa em que os/as profissionais de saúde devam seguir.

Existem casos de mulheres que chegam em situação de violência doméstica nas emergências, muitas vezes agredidas sexual e fisicamente, ou seja, com machucados, fraturas e

---

<sup>11</sup> <https://consulta.tce.sc.gov.br/relatoriosdecisao/relatoriotecnico/2781084.HTM>  
<https://ndmais.com.br/noticias/hospital-regional-de-sao-jose-completa-25-anos-de-fundacao/>-  
Acesso 12/12/2020.

de toda ordem, que não são computados. São situações, às vezes, percebidas, mas como a mulher se cala, acaba por isso mesmo.

Quando questionada sobre qual o papel do assistente social no HRSJ em casos de mulheres em situação de violência, a assistente social responde que suas ações em primeiro lugar: é acolher essa mulher. Para essa usuária chegar na unidade de saúde é um passo importantíssimo, necessita ser compreendida e se sentir segura nesse espaço de acolhimento. Segundo, é a definição de risco, ou seja, juntas compreenderem os perigos que essa mesma mulher corre se estiver sem uma rede de proteção, de apoio familiar, por exemplo: caso essa mulher more em uma cidade distante das dos seus parentes amigos, sendo o “agressor” a única referência conhecida. Terceiro, apresentar e encaminhar à rede de atendimento, haja vista que muitas delas desconhecem a rede e os espaços que possam ser ouvidas, que possam buscar ajuda. Nesses casos, é apresentado a essa mulher as possibilidades de ser acolhida e sair dessa situação de risco sem precisar fazer boletim de ocorrência – BO ou de medida protetiva. Sempre respeitando a decisão dessa mulher. A assistente social, muitas vezes, ela própria faz a ponte entre a usuária e a rede de atendimento, ou ainda, entra em contato com a rede de proteção dessa mulher, ou seja, parentes amigos, achegados, que possam ajuda-la para, então, encaminhá-la com segurança.

Segundo a assistente social, as mulheres que omitem ou mesmo mentem estarem nessa situação de violência doméstica, de vulnerabilidade, quando chegam à emergência do HRSJ, em sua maioria tiveram outras intercorrências. Não é a primeira vez que estiveram nessa mesma situação no pronto atendimento da emergência, logo, conhecidas por alguns profissionais que muitas vezes não dão a devida atenção ou mesmo rechaçam essa mulher. Por conta disso, a maioria delas omitem os fatos ou mesmo mentem. Outros motivos são, as mesmas quando vão fazer BO, são repelidas, julgadas, outras vezes ignoras e desacreditadas por alguns dos profissionais da rede de atendimento, como por exemplo: Delegacia de polícia, isso quando não conhecem a Delegacias da Mulher – DPCAMI. Os atendentes da delegacia de polícia comum em sua maioria são de sexo masculino, despreparados para atenderem a mulher em situação de violência, fazendo com que essa se retrai e deixe de buscar a rede por achar que ninguém acredita nela ou ainda acabam reevitimizando essa mulher.

Conforme relato da profissional, não existe um programa de enfrentamento contra a violência doméstica, ou seja, contra a violência física, sexual e psicológica. No caso da violência sexual, existe um programa chamado aborto legal, que possui uma Portaria e uma Norma Técnica para esse serviço de saúde, porém não existe no hospital um ambulatório para

essas demandas, apenas o serviço para interrupção, isso porque a profissional é a coordenadora/responsável pelo serviço. Segundo seu relato, lutou por anos para a implantação desse Serviço, a qual consta na política do SUS, ou seja, até mesmo para ter um espaço físico de trabalho e estrutura necessária, tudo foi por meio de muita reivindicação e lutas sua e de outros profissionais do Serviço Social e de alguns da saúde.

Para a profissional, assistente social, há uma série de dificuldades e desafios apresentados que prejudicam as ações para com a usuária (o) na área social, pois não basta ter empatia, escuta qualificada, tem que apresentar possibilidades. Ter estrutura para receber essa usuária, profissionais da saúde que queiram abraçar essa causa, que estejam dispostos a esse tipo de trabalho, uma equipe interdisciplinar articulada. Uma equipe não só estruturada, mas homogênea que se comunique e que se comunique com outros profissionais da instituição que a compõem, bem como com profissionais da rede de atendimento e proteção a mulheres em situação de violência doméstica. Dessa forma, é possível que essa usuária tenha condições de sair dessa situação de vulnerabilidade e curar possíveis traumas por conta da violência doméstica vivenciada por ela.

A própria Instituição, muitas vezes, impõe barreiras que impedem que haja mudanças, bem como fatores externos que impossibilitam a transformação dentro da instituição com os funcionários, como por exemplo: a pouca visibilidade e importância da direção ao dar atenção e inserir novos fluxos e programas de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher. Quando ocorre mudança do gestor da Secretaria de Saúde (SES), cargo esse político, ocorre mudança em todos os hospitais do Estado, ou seja, a direção muda também nos hospitais, conseqüentemente, muda toda a agenda, análises e avaliação de projetos, bem como novas demandas entre outros assuntos. Existe nesse jogo político a disputa de poder, conversões de toda ordem e rotinas da instituição.

Outros motivos de impedimentos para melhores condições para a instituição são: falta de apoio financeiro, por parte da Secretaria da Saúde do governo de Estado; desmonte da função do servidor público; precarização na contratação de mão de obra; falta de espaços para discussão; pouca participação dos funcionários; ausência de treinamento para os funcionários contratados. Somam-se a esses: falta de políticas públicas e de boa vontade política; desmonte da democracia; uma sociedade patriarcal; um governo neoliberal. Todavia, não é impossível desenvolver ações de enfrentamento da violência contra a mulher, isso a profissional deixa explicitado em sua fala, porém é perceptível que ela não tem pretensão e nem mais estrutura psicológica para transformar, mudar o que já está pronto, o que já conquistou nesses anos de

luta, haja vista, que novos profissionais assistentes sociais irão fazer parte do quadro de funcionários e ela espera que a iniciativa parta desses novos profissionais. Enquanto não existir essas estruturas para receber esse tipo de demanda, acaba ficando sobre responsabilidade e competência da saúde básica, e nem todos os municípios tem essa estrutura.

Outra questão levantada foi sobre a saúde mental da (o) profissional assistente social, de como é seu dia a dia no hospital, bem como as dificuldades que tem que enfrentar, já apontadas no estudo. A mesma responde que, procura fazer uma abordagem qualificada, mesmo sabendo que existe uma fila de espera aguardando seu atendimento, bem como quantidade de pareceres a serem respondidos e resolvidos. Diz que não há o que fazer, apesar de reivindicar mais profissionais. A profissional procura fazer o máximo, por conta disso obteve alguns problemas de saúde, pelo excesso de trabalho e estresse.

Em algum momento da entrevista, a assistente social fala em escuta qualificada. Questionada quanto à definição do que seja essa escuta qualificada, responde que esse tipo de escuta só se adquire com o tempo, dedicação e experiência. Para ela, o profissional assistente social deve ter visão ampliada, conhecimento teórico e prático. Não só conhecer bem a rede de atendimento e enfrentamento à violência doméstica contra a mulher, mas qualquer demanda que necessite dos serviços do assistente social. Ademais, a/o profissional deve conhecer as/os profissionais da rede serviço, conhecer bem a instituição, seus limites na qual está inserido. Portanto, essa escuta qualificada é também refletir a situação e sugerir possibilidades para que essa (e) usuária (o) saia do atendimento mantendo esse processo reflexivo, que quando precisar de ajuda e dos serviços saberá onde busca-los.

Outro assunto abordado é a autonomia da assistente social, ela esclarece que não é subalterna aos/às profissionais da saúde, como, por exemplo, do médico, onde tem seu espaço privilegiado na saúde, assim como a/o assistente social tem seu espaço na assistência social. Para ela, a (o) assistente social é integrante da equipe e tem autonomia dentro desse espaço. É necessário abrir campo de debate para situações envolvendo as expressões sociais que assola a sociedade. As consequências são percebidas quando usuários e usuárias chegam ao hospital em situação de violência e nada é feito ou resolvido. É nesse momento que a profissional intervém, apresenta ao grupo possível caminhos, chama para reunião o grupo interdisciplinar para debater soluções para determinado casos.

Outro assunto relevante apresentado está relacionado a violência contra homens. A mesma relata que as únicas vezes que se deparou com esse tipo de intercorrência estava relacionado ao abuso de criança de sexo masculino, exceto um caso. Um caso de violência

sexual com um homem maior de idade cometida por outro homem, mas nunca por uma mulher, e encaminhado para o hospital. No entanto, de modo geral não existe solicitação de pedido de parecer, muito menos por procura espontânea de casos como esse. Todavia, os casos, tanto para mulher como para homem em situação de violência doméstica, registrados compulsoriamente no SINAN, serão atendidos, porém não terão acompanhamento da equipe interdisciplinar, inclusive o da assistente social, por não haver projeto e estrutura ambulatorial para atender casos como esses.

Portanto, grande parte das ações da profissional assistente social vem ao encontro aos princípios, valores e compromissos que estão no código de ética do Serviço Social, dentro de um projeto ético político, visando o coletivo. No entanto, as dificuldades apontadas interferem nesse Projeto, a saber: falta de estrutura; de material humano; espaço físico reduzido para atender os sujeitos, por uma equipe interdisciplinar que se envolva e tenha comprometimento, bem como um quadro de funcionário que permaneça e tenha passado por treinamento. O fato é que está a todo tempo renovando, tendo em vista ser contratação temporárias e com número muito abaixo para suprir as demandas, pela falta de treinamento e, principalmente, por ela ser a única profissional atuando em um hospital dessa magnitude. Mesmo com toda a dificuldade, não media esforços para facilitar o acesso para a (o) usuária (o) e compreender as demandas. Segunda ela, com uma escuta qualificada para com os sujeitos de direito, independente de classe social, cor, religião etnia, opção sexual, e de toda ordem, procurava ser equânime dentro das possibilidades que tinha.

Quanto ao atendimento e a apresentação da rede, procurou na maioria das vezes atender as (os) usuárias (os) de maneira humanizada, com empatia, sendo ela, muitas vezes, a ponte entre usuária (o) e a rede de atendimento e proteção, quando havia risco ou direito violado. Orientava as (os) usuárias (os) a buscarem outras possibilidades para sanarem suas demandas na medida do possível. O sigilo profissional sempre esteve presente em sua atuação, assim como no ato da entrevista, buscando se aparelhar com o Código de Ética do Serviço Social. Todavia, muitos sujeitos ainda possuem aquela visão da (o) assistente social ser um profissional que está associado ao voluntariado, ao cuidado, o que fornece cesta básica. Outra característica muito comum, veem a/o profissional como disciplinador, controlador que poderá chamar sua atenção ou punir.

Em relação a mulheres em situação de violência, no caso de violência sexual, por ser a supervisora do programa aborto legal no hospital nos casos que a lei prevê, atuou e atua de maneira a defender os direitos dessas mulheres frente a alguns médicos/as que se recusam a não

fazer o procedimento, a partir da objeção de consciência, uma alegação feita pelo profissional de saúde para não atender esse tipo de demanda da paciente. Nesses casos, a profissional sempre, de maneira humanizada, com empatia, acolhe essas mulheres ouve, instrui e encaminha para a maternidade, algumas vezes acompanha quando o caso se torna moroso o processo de interrupção da gravidez. Outro desafio para as (os) profissionais Assistentes Sociais no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher são as causas externas, nesse caso o Estado, seu maior empregador, bem como a direção da instituição com suas contradições e impedimento para alguns projetos já apresentados em outras circunstância que foram engavetados.

## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Após análise de conteúdo, o estudo indicou que as ações do assistente social no atendimento a mulheres em situações de violência doméstica (violência física, sexual e psicológica) atendidas na emergência são realizadas por solicitação de parecer de outro/a profissional. Esta é enviada via sistema ou entregue em mãos por um membro da equipe multidisciplinar para que ocorra o atendimento. Esse serviço se volta para algumas situações, tendo em vista ser uma única profissional assistente social para todo o hospital até o momento do estudo. Logo, era uma assistente social para dar conta de todas as demandas que se apresentam, comprometendo as funções e os desdobramentos com relação a outros casos que surgem, acumulando serviço. Muitas vezes, ocorre a desistência por parte das usuárias, no caso de violência doméstica, ocorrendo a perda e resolutividade desses casos, além de expor novamente essa mulher à situação de violência.

Existe também a questão de outros/as profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar, por não identificarem os casos de mulheres em situação de violência doméstica e agirem de maneira pouco humanizada, pouca experiência e com um olhar mais preconceituoso. Consequentemente, isso poderá provocar muitas angústias e sofrimentos e até revitimização para toda aquela usuária que venha precisar de atendimento desses profissionais, inclusive da Assistente Social, por essa última não poder dar o atendimento ideal a qual demonstrou grande esforço no período em que foi feito o estudo em questão.

É perceptível atitudes e leituras decorrentes de valores adquiridos na formação de alguns funcionários, tais como: médicas (os), enfermeiros (as) técnicos, estruturadas no modelo biomédico tradicional, onde a mulher é percebida na condição de não sujeito, e a cultura da atenção emergencial impossibilita uma melhor interação, não havendo espaço para prevenção ou articulação com a rede intersetorial. Alguns casos de mulheres em situação de violência foram atendidos a partir de um modelo tecnicista, havendo uma priorização no acesso, porém com uma abordagem individualista e medicalizante por parte de alguns profissionais da equipe multidisciplinar.

As capacitações são insuficientes ou inexistem, necessitando de apoio institucional e de uma estrutura ambulatorial com um fluxo de atendimento eficiente para atender e dar continuidade a cada caso de mulheres em situação de violência doméstica. Em relação à profissional assistente social é notório a preocupação em resolver todas as demandas que aparecem e se em algum momento existiu uma ação que pudesse colocar alguma mulher em

uma nova situação de violência, uma revitimização, o fez inconsciente e despercebida, talvez por excesso de trabalho, falta de efetivo ou mesmo apoio da equipe, de estrutura e apoio institucional/governamental, bem como de políticas voltadas ao enfrentamento à violência.

Ao final do estudo, foram colocadas algumas indagações, exposição dos limites e esboço de algumas propostas relevantes, instigadas pelos resultados encontrados. As propostas bem como desafios levantados e sugeridos após o estudo, se possível a serem implantados no hospital, são: divulgação da Lei Maria da Penha; cartilhas de instruções para mulheres em situação de violência; rodas de conversa sobre violência doméstica para funcionárias (os) pacientes, visitantes que queiram participar e entender a temática. Introdução de disciplinas sobre violência de gênero violência doméstica contra mulheres no currículo dos cursos e especializações de enfermagem, medicina e de outras categorias para profissionais e futuros profissionais que estejam fazendo parte do quadro de funcionários no HRSJ; fiscalização e intervenção do CRESS nos espaços como Hospitais; mobilização dos funcionários e sindicato para rever sobrecarga de trabalho bem como ajuda de Movimentos Sociais, manifestações da categoria para requisitar mais reconhecimento e valorização da profissão, entre outras.

Ao final do estudo, foram colocadas algumas indagações, exposição dos limites e esboço de algumas propostas, instigadas pelos resultados encontrados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUDELO, S. F., 1990. La Violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*.

AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. Notícias e conteúdos sobre os direitos das mulheres brasileiras. São Paulo, 2019. Disponível em: /www.agenciapatriciagalvao.org.br

ALMEIDA Filho, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Modelos de Saúde e doença, in: Introdução à epidemiologia. 4ª ed. Rio de Janeiro; Ed. Guanabara Kooan, 2006.

AUAD, Daniela. Educar meninas e meninos: relações de gênero na escola. São Paulo: Contexto, 2006.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas para as Mulheres. – Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviços. Cadernos de Atenção Básica n.º 8. Brasília/DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.663, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Legislações: Direitos de Cidadania. Conselho Regional de Serviço Social do Paraná – CRESS 11ª Região, Curitiba, 2003.

\_\_\_\_\_. Leis, Decretos... – Código Penal. Org. Juarez de Oliveira. 35ª ed. São Paulo. Saraiva. 2003.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9610.htm). Acesso em: 07 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n° 01, de 12 de agosto de 2014. Brasília, 2014.

BANDEIRA, Lourdes. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Lourdes. Violência de Gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. Sociedade e Estado, v. 29, 2014

BARROS, Francisco Dirceu. Estudo completo do feminicídio. 2015.

BRAGHINI, Lucélia. Cenas Repetitivas de Violência Doméstica. São Paulo: Editora UNICAMP, 2000.

BRAVO, Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. *et al.* **Saúde e Serviço Social**. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, C. (2009). Lei Maria da Penha: um novo desafio jurídico. In F. Lima & C. Santos (Eds.), Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar (pp. 21-35). Rio de Janeiro: Lumen Juris.

CAMPOS, Amini Haddad; CORRÊA, Lindinalva Rodrigues. Direitos Humanos das Mulheres: doutrina, prática, direito comparado, estatísticas, estudos de casos, comentários à Lei 11.340/06 (Lei Maria da Penha), legislação internacional. Curitiba: Juruá, 2007.

CARVALHO, José Murilo. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CERVO, Amado Luiz, BERVIAN, Pedro Alcino. Metodologia Científica. São Paulo: Pretenci Hall, 2005.

COELHO, F.M.ET AL. Violência doméstica e saúde da família: uma revisão integrativa. Teresina, v. 1, n. 2, p.44-52, 2013.

DIAS, Maria Berenice. A Lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. 2. ed.. São Paulo, SP: Revista dos Tribunais, 2010. 284 p.

GARCIA, Michael Hermann. Serviço Social e Violência Doméstica: entre o olhar e o fazer interdisciplinar. Salvador – BA: Clube de Autores, 2010.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de pesquisa social. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

\_\_\_\_\_. Como Elaborar Projetos de Pesquisas. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRÃO (orgs). O Serviço Social no Sistema Único de Saúde. Fortaleza, CE. Edições UECE, 2003. p. 65-79.

HIRIGOYEN, Marie France. A violência no casal: da coação psicológica à agressão física. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. Rio de Janeiro, RJ:IBGE, 2019.

JESUS, Damásio E. de. Código penal anotado. 9.ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo. 2. ed. Atlas, 1985.

\_\_\_\_\_. Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica/Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. – 5. Ed. – São Paulo: Arlas 2003.

LAURETIS, Teresa. "A tecnologia de gênero". In: HOLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica cultural*. Rio de Janeiro, Rocco, 1994.

LESSA, Ana Paula Girão. O Trabalho do Assistente Social no SUS: desafios e perspectivas. In: O Serviço Social no Serviço Único de Saúde. Fortaleza, CE: Ed. Nacional LTDA, 2003. P. 65-76.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós estruturalista. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MADEIRO AP, DINIZ D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência Saúde Coletiva*. 2016;21(2):563-72. DOI: 0.1590/1413- 81232015212.10352015

MARX, Karl. O capital. 6 vols. São Paulo, Difel, 1980.

MAFIOLETTI, T. M.; PERES, E. L.; TISSERANT, A. E. A gestão da Vigilância de Violências e Acidentes e Promoção da Saúde no Paraná como uma resposta para o enfrentamento da violência doméstica e sexual, 2015.

MENEZES, Creice; AQUINO, Estela M. L. - Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva - *Cad. Saúde Pública*, vol.25, supl.2. Rio de Janeiro, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência da saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.3, pp.621-626.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, 1986.

PATEMAN, Carole. O contrato sexual. Tradução de. Marta Avancini. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

RUIZ, João Álvaro. Metodologia Científica: Guia para eficiência nos estudos. São Paulo: Atlas 1996.

SAFFIOTI, Heleieth. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Caderno Pagu, Campinas, n.16, 2001

\_\_\_\_\_. Heleieth. Gênero patriarcado violência- 2ª.ed. – São Paulo: Expressão Popula: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANT'ANNA, Thiago F., - O Empoderamento das Mulheres e a Lei Maria da Penha como Tecnologia de Gênero: Possibilidades com os estudos feministas e de gênero para o serviço social. 2019.

SANTOS, A. C. W.; MORÉ, C. L. O. O. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. Psicologia ciência e profissão, v. 31, n. 2, p. 220-235, 2011.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência dói e não é direito: A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2005.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Serviço Social, São Paulo, 2010. Acesso em: 18/08/2020.

SOUZA, Hugo Leonardo de; CASSAB, Latif Antônia. Feridas que não se curam: a violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. In: Simpósio sobre Estudos de Gênero e políticas públicas, 1, 2010. Anais... Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

SUXBERGER, Antonio Henrique Graciano; FERREIRA, Natália Neves Alves. POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/publicacoes/y0ii48h0/814d30ce/puuLKq33F50J9D5Q.pdf>. Acesso em: 01 de out. de 2019.

TELES, Maria Amélia de Almeida. Breve história do feminismo no Brasil. Ed. Brasiliense, 1993

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2015 homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, ONU Mulheres, SPM e Flacso, 2015.

WELZER-LANG, Daniel, (1991) *Les hommes violents*. Paris: Lierre & Coudrier Editeur.  
DIAS, Maria Berenice. A Lei Maria da Penha na Justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência domestica e familiar contra a mulher. 2. ed. São Paulo, SP: Revista dos Tribunais, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Understanding and addressing violence against woman. 2012. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/who\\_rhr\\_12.36\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/who_rhr_12.36_eng.pdf). Acesso em 6 de junho de 2018.

WHO - Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde.(2012). Compreendendo e enfrentando a violência contra a mulher: a violência praticada pelo parceiro íntimo.Organização Mundial de Saúde.<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>.

ZALUAR, Alba. Violência e crime. In: MICELI, S. Antropologia. São Paulo: Sumaré, ANPOCS, 1999.



**DADOS COMPLEMENTARES**  
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra de serologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	06	Presença de esantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			07	Data do início do esantema	08	Presença de petéquias ou surtos hemorrágicos ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			10			Resultado da bacterioscopia :
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	14	Data da hospitalização			15			UF
	16	Município do hospital			17			Nome do hospital
				Código (IBGE)			Código	
	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____							
	Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória)						
País: _____			UF	Município: _____				
Distrito: _____			Bairro: _____					

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2008

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO		Nº	
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual			
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data de Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Menor 2 - Jovem 3 - Adulto	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Constante 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Primária 4 - Estado profissional ignorado 5 - Não 6 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	
	14 Escolaridade 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário de 1ª grau) - 2ª série incompleta do EF (antigo primário de 1ª grau) 3 - 4ª a 8ª série incompleta do EF (antigo primário de 1ª grau) - 4 - Ensino fundamental completo (antigo primário de 1ª grau) - 5 - Ensino médio incompleto (antigo secundário de 1ª grau) 6 - Ensino médio completo (antigo secundário de 2ª grau) - 7 - Educação superior incompleta - 8 - Educação superior completa - 9 - Ignorado - 10 - Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP		
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Penurbana 4 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Conclusão</b>				
	31 Data da Investigação	32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado	33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico		
Local Provável da Fonte de Infecção					
34 O caso é autóctone do município de residência? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado					
35 Município	Código (IBGE)	36 Distrito	37 Bairro		
38 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	39 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 4 - Ignorado				
40 Data do Óbito	41 Data do Encerramento				
<b>Informações complementares e observações</b>					
Observações adicionais					
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unit. de Saúde			
Nome		Função	Assinatura		
Notificação/conclusão		Sinan NET	SVS 27/09/2005		