

Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000

Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000s

Claudia Araújo de Lima

Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.
Endereço: SHCES Q. 1.311, CEP 70658-311, Brasília, DF, Brasil.
E-mail: claudia.araujolima@gmail.com

Suely Ferreira Deslandes

Doutora em Ciências. Pesquisadora Titular do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.
Endereço: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo, CEP 20250-020, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: desland@iff.fiocruz.br

Resumo

O artigo traz uma revisão sobre as políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres desenvolvidas ao longo da década de 2000. Analisa o embate sobre os avanços, retrocessos e desafios do tema à luz das proposições do setor saúde. Foram analisados documentos institucionais e artigos selecionados sobre o assunto, apontando variadas estratégias para intervenções propostas e realizadas pelo Sistema Único de Saúde. O texto apresenta ainda questões emblemáticas que nos fazem refletir sobre os desafios a serem superados pelos gestores de saúde na década atual, tais como a cobertura e continuidade dos serviços de atenção e capacitação permanente dos profissionais, bem como o atendimento para a interrupção da gravidez, prevista em lei.

Palavras-chave: Saúde Pública; Atenção Integral; Violência Sexual; Mulher.

Abstract

The article brings a revision on the public politics for the confronting of the sexual violence against women developed along the decade of 2000s. It analyzes the collision on the progress, retreats and challenges of the theme to the light of the propositions of the section health. Institutional documents and articles were analyzed selected on the subject, pointing varied strategies for intervention proposed and accomplished by the Brazilian National Health System. The text still presents emblematic questions that send us to think on the challenges to be overcome by the managers of health in the current decade, such as the covering and continuity of the services of attention, the professionals' permanent training, as well as the service to the legal abortion. **Keywords:** Public Health; Integral Care; Sexual Violence; Woman.

Introdução

A banalização da violência sexual contra mulheres tem sido denunciada pelo movimento feminista e pelos estudiosos brasileiros há cerca de trinta anos (Grossi e col., 2006). A violência sexual “[...] constitui-se no mais democrático de todos os fenômenos sociais” (Strey, 2001, p. 48), sendo por vezes uma situação transgeracional, ou seja, que pode ser exercida contra mulheres de uma mesma família ou comunidade há muitas gerações.

A discussão sobre a mulher vítima ou cúmplice da violência sofrida em espaços públicos ou privados remete ao contexto sociocultural e histórico de gênero no Brasil, em que as mulheres foram educadas para aceitar variadas formas de dominação e, por vezes, naturalizar discriminações a que são expostas (Saffioti, 1999; Abramo, 2004; Almeida, 2007).

A violência nem sempre ocupou espaço de prioridade nas agendas do setor saúde, seja na discussão técnica ou na implementação de políticas. A partir da década de 1990, com mudanças no quadro epidemiológico em diversos países, as causas externas passaram a ter grande destaque na morbimortalidade e o fenômeno da violência ganhou visibilidade; em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) reconheceram a violência como um problema de saúde pública (Minayo e Souza, 1993).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (WHO, 2002), reconhece a violência sexual e a conceitua de forma a abranger as suas múltiplas formas de apresentação, definida como:

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (p. 148).

A designação conceitual do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2012a), ancorada na lei 12.015, de 2009, que altera o Código Penal Brasileiro, detalha as condições processuais que modulam tal violência que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou a participar de outras relações

sexuais com uso da força ou intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal. Considera-se também como violência sexual o fato de o agressor ou agressora obrigar a vítima a realizar alguns desses atos com terceiros.

Atos sexualmente violentos podem ocorrer em diferentes circunstâncias e cenários, afetando pessoas de ambos os sexos; no entanto, as mulheres em todas as faixas etárias são as maiores vítimas. Essa forma de violência pode trazer consequências que vão das doenças sexualmente transmissíveis e aids, gravidez indesejada ao aborto inseguro, dos transtornos psicológicos e psiquiátricos pós-trauma ao suicídio (Brasil, 2005a; Faúndes e col., 2006).

Considerando a magnitude da violência, a WHO (2002) afirma que 10% da população mundial (homens e mulheres) já sofreram algum tipo de violência sexual em suas vidas, dos quais apenas 2% procuraram os serviços de saúde. Dados preliminares qualificados pelo VIVA-Sinan-Net¹ (Brasil, 2009) mostram que a violência sexual representava, em meados de 2010, 44,9% de um total de 2.825 casos registrados em meninas de 0 a 9 anos de idade; 54% dos 2.690 casos entre as meninas e adolescentes entre 10 e 14 anos; 24,5% dos 1.351 registros para a faixa etária entre os 15 e 19 anos; 9,2% dos 2.089 casos entre mulheres de 20 a 59 anos; e 4,9% dos 79 registros para mulheres acima de 60 anos de idade.

As respostas legais, técnicas e de políticas públicas relacionadas à violência sexual desenvolvidas na última década resultam do envolvimento e esforço coletivo da sociedade civil, governos e profissionais de diversos setores, como saúde, segurança pública, justiça, assistência social e direitos humanos.

A temática da violência contra a mulher se faz presente no cenário das políticas públicas brasileiras de saúde desde a década de 1980. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) (Brasil, 1984), constituído em parceria com o movimento de mulheres, contribuiu para a estruturação das ações em saúde da mulher e teve como principal

foco os direitos sexuais e o planejamento familiar. Para Correa (1993), que avaliou os primeiros dez anos do Paism, os desafios enfrentados refletiam a dificuldade do Estado diante do conservadorismo da sociedade e das imposições da igreja católica. Osis (1998), refletindo a perspectiva do movimento feminista, reconhece o pioneirismo brasileiro de se posicionar sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres mesmo antes do início das discussões internacionais.

O direito a viver uma vida sem violências também está explicitado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e em documentos internacionais sobre direitos da mulher: Declaração do Cairo (ONU, 1994), Beijin (ONU, 1995), Convenção de Belém do Pará (OEA, 1994), textos em que o enfrentamento da violência cometida contra as mulheres é uma recomendação recorrente para todos os países. O Brasil é signatário de todos os acordos internacionais que repudiam a violência contra a mulher, no entanto convive com uma realidade contraditória, em que os registros, ainda que subnotificados, demonstram que esse problema ainda é tão extenso e disseminado que se configura como questão de segurança pública (posto que é crime) e de saúde pública, porque afeta a integridade física e mental das pessoas, além de comprometer o desenvolvimento das capacidades das famílias e comunidades.

Neste artigo buscamos analisar e refletir sobre as principais políticas e ações públicas produzidas ou instituídas no setor saúde brasileiro ao longo da década de 2000 e que contribuíram para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres no Brasil, considerando os avanços e as dificuldades encontradas.

Metodologia

O estudo se define como uma pesquisa documental (Gil, 2008). A diferença entre pesquisa bibliográfica e documental reside na natureza das fontes. A

1 O Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.356 de 23/06/2006 e no ano 2011 foi incorporado ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação pela Portaria GM/MS nº 104, de 25/01/2011. O Sistema VIVA Sinan Net é alimentado com informações colhidas nas fichas de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências e pode ser acessado pelo endereço eletrônico: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>.

primeira está disposta de forma a ter seu acesso potencializado, aporta a análise de seus autores, cabendo assim uma possível meta-análise das reflexões produzidas, geralmente oriundas do domínio científico. Já a pesquisa documental depende de busca ativa, do conhecimento sobre o tema e de critérios de seleção, constituindo material ainda a ser interpretado (Oliveira, 2007).

A distinção também ancora-se na definição do conceito de documento, pois para a pesquisa documental trata-se de quaisquer fontes que informem sobre fatos ou comportamentos humanos. Assim, além das fontes escritas, outros materiais também são admitidos, tais como vídeos, filmes, fotos etc. (Sá-Silva e col., 2009). Nesse raciocínio podemos qualificar o suporte das informações registradas, organizando uma unidade que servirá para consultas, estudos ou elementos estruturados reconhecidos como um documento (Appolinário, 2009).

Destacamos três questões investigativas para nortear o estudo: como foi preconizada a atenção para mulheres em situação de violência sexual no âmbito no SUS na década de 2000? Que avanços foram alcançados ou que retrocessos foram observados? Quais benefícios foram institucionalizados em estados e municípios brasileiros?

O acervo de análise foi constituído por políticas, planos de ação e relatórios de gestão governamental de abrangência nacional no âmbito da saúde e que tratam o tema violência sexual contra mulheres, observando-se o período compreendido entre os anos 2000 e 2010. Os principais documentos elencados para análise foram: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004a) e Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2003b); Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2005a, 2012a); Anticoncepção de Emergência (Brasil, 2005c); Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005b); Aspectos Jurídicos do Atendimento à Violência Sexual (Brasil, 2005d); Portaria GM/MS 1.508 (Brasil, 2005e); Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher (Brasil, 2007b); relatórios técnicos gerenciais elaborados pelo Ministério da Saúde; Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Área Técnica de

Saúde da Mulher (Brasil, 2007c); Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 2007b); Relatório Mais Saúde (Brasil, 2008); leis federais, decretos e outras portarias do MS e distintos relatórios da Secretaria de Políticas para as Mulheres de 2005, 2006, 2008 e 2009; e Relatório do Tribunal de Contas da União (Brasil, 2012b) que retrata a implementação do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e faz apontamentos sobre a atuação da área da saúde pública.

Os documentos foram catalogados, tratados por data e autor institucional, num total de 37 textos. Cada peça foi categorizada individualmente segundo temas. Foram lidas as políticas nacionais na busca de seus detalhamentos sobre a temática da violência sexual contra a mulher e selecionadas as diretrizes ou prioridades relacionadas. Os relatórios técnicos e de gestão foram organizados a partir dos resultados apresentados, sendo classificados por cada tema específico e categorizados como “avanços legais”, “avanços organizacionais”, “avanços técnicos”, “resultados restritivos - inércia” e “não execução de ações propostas”. O tratamento do material seguiu o roteiro de análise de contexto de produção do documento, das características dos autores, da natureza do texto, dos conceitos-chave e da lógica do documento (Sá-Silva e col., 2009; Cellard, 2008).

A condução do texto no artigo manteve num primeiro plano um caráter descritivo, a fim de mapear as proposições ao longo de uma linha temporal. Num segundo plano investiu-se na análise crítica, apresentando-se inferências interpretativas construídas a partir do exercício hermenêutico e da interlocução com a literatura sobre o tema (Macedo, 2000).

Resultados e discussão

As políticas elaboradas, os ajustes legais e os planos desenvolvidos com foco na violência sexual durante a década de 2000 constituíram inegavelmente saldo positivo no campo da legislação e lançaram diretrizes para o futuro. Representam possibilidades de expansão e institucionalização, construídas nas décadas anteriores, sobretudo com a participação dos movimentos feministas. Todavia, continuam sendo pouco reconhecidas pela sociedade e no

âmbito das instituições (Villela e Lago, 2007). No período analisado, chama a atenção a intensidade da produção de legislação sobre o tema, refletindo um arco ampliado dos compromissos políticos nacional e internacional.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (Brasil, 2002) inaugura a década de 2000, inscrevendo tardiamente o tema da violência na agenda das políticas públicas de saúde no país (Minayo e Souza, 2003). À época, a PNRMAV não priorizava diretamente os segmentos populacionais vulneráveis, e quando mencionava a violência contra as mulheres, o fazia de uma forma brevíssima.

No período de 2000 a 2003, a Coordenação Saúde da Mulher do MS possuía um grupo de trabalho temático para a violência e o Conselho Nacional de Saúde atuava plenamente no tema por intermédio da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (Cismu). Essa comissão acompanhou a elaboração e ainda segue monitorando a implementação das diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004a), como instância deliberativa. A Cismu é composta por integrantes da sociedade civil e do governo federal e favorece discussões temáticas na busca do cumprimento dos dispositivos legais do direito à saúde da mulher no país.

Abre-se a década com o reconhecimento ministerial da violência como um problema de saúde pública (Brasil, 2002) e a institucionalização da área técnica de saúde da mulher no organograma do MS.

A disputa eleitoral para a Presidência da República em 2002 favoreceu amplas discussões técnicas e sociais sobre o tema da violência contra a mulher. Destaca-se no período o debate travado pelo Fórum Interprofissional de Atenção à Violência Sexual e Aborto Legal, que apoiou na década anterior a organização de estratégias de atenção às mulheres em situação de violência sexual e questões legais. O fórum é espaço de discussão técnico-operacional que envolve a academia, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, o movimento de mulheres, organismos internacionais, organizações não governamentais, Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde, entre outros parceiros.

O presidente da República que assumiu em 2003

demarcou publicamente compromisso com a pauta dos direitos humanos e criou a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), marco relevante para a promoção de políticas de gênero no país. Nesse mesmo ano foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM), que recomendou enfaticamente que o governo discutisse políticas voltadas ao enfrentamento da violência sexual. Ainda em 2003 foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que estabeleceu diretrizes, prioridades e metas para a saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento à violência contra as mulheres; e organização de serviços, entre outros temas. A força da Presidência da República e a priorização das demandas da SEPM lideraram os trabalhos entre os anos 2003 a 2007. Revelando o respaldo político presidencial, surpreendentemente, ao final de 2005, estava disponível um relatório de atividades sobre os avanços alcançados nesse curto período, o que lançou sobre técnicos e estudiosos a necessidade de reflexão sobre as políticas e as questões que bloqueavam a evolução das ações em momentos anteriores.

Durante toda a década de 2000, o MS foi importante aliado para o fortalecimento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2003b), desenvolvendo normas técnicas e portarias, discutindo a implementação de serviços de atenção para mulheres em situação de violência sexual no país, bem como o desenvolvimento e a inserção nas bases de dados do SUS da Ficha de Notificação de Violência (Brasil, 2004b). Entre os anos 2003 e 2007, a (Febrasgo), o Fórum Interprofissional de Atenção a Violência Sexual e Aborto Legal e o movimento de mulheres se consolidaram como parceiros e críticos do Ministério da Saúde. A principal crítica era (e continua sendo) a ambiguidade do Estado brasileiro face ao seu caráter laico e frente às pressões religiosas diante dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres (Adesse e Monteiro, 2007; Villela e Lago, 2007; Galli e Sydow, 2009; Menezes e Aquino, 2009; Drezett e Pedroso, 2012).

Em 2004, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) (Brasil, 2004a), que incorporou o enfoque de gênero para os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens. Essa política, que enfatiza o enfrentamento

da violência doméstica e sexual contra a mulher, iniciou um programa de apoio técnico e financeiro para secretarias estaduais e municipais de Saúde.

Nesse período, a PNAISM era a única política de saúde que priorizava por escrito o tema violência sexual contra mulheres e adolescentes, articulando com as demais áreas do Ministério da Saúde, movimento de mulheres, FEBRASGO e especialistas que compunham o Fórum Interprofissional o apoio à normalização e ampliação de serviços de atenção à mulher vítima de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde. Enfrentando resistências internas no próprio SUS, o atendimento das mulheres em situação de violência sexual e situações de abortos previstos em lei foram ganhando maior visibilidade, pela atuação e pressão direta dos profissionais sensibilizados (OMS, 2004).

A articulação do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres com a PNAISM e outros planos ministeriais configurou um processo de institucionalização de ação do Estado brasileiro, oferecendo visibilidade ao contexto de desigualdades de gênero existentes e definindo como prioridade ações para o fortalecimento dos direitos constitucionais, entre eles o enfrentamento da violência sexual contra mulheres.

Nesta mesma época houve importantes modificações legais em torno do tema violência sexual. O Código Penal Brasileiro, de 1940, foi alterado pelas leis 11.106/2005 e 12.015/2009, que mudaram a conceituação da violência sexual, incluindo ambos os sexos, podendo ser caracterizada de forma física, psicológica ou com ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro, a sedução, o atentado violento ao pudor e o ato obsceno, com conjunção carnal ou não.

A segunda metade da década prosseguiu com a expansão de mecanismos institucionais para o enfrentamento da violência sexual no Brasil. O Ministério da Justiça, em conjunto com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, ampliou o número de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, enquanto o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias de Saúde, aumentou o atendimento em saúde. Todavia, essa ampliação de serviços, além de não ter sido suficiente para realizar uma cobertura adequada das necessidades

do território nacional, se concentrou nas capitais e regiões metropolitanas (Cemicamp, 2006; Brasil, 2005b).

A reedição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (Brasil, 2005a) consolidou a estratégia de atenção integral a mulheres e adolescentes, expressão representativa do amadurecimento dos primeiros serviços de atendimento à violência sexual da década de 1980 e dos avanços do Programa DST/Aids. Sua versão atualizada em 2005 corrigiu um equívoco institucional importante ocorrido na versão original, de 1998, fortalecendo o direito ao atendimento sem a necessidade da mulher apresentar boletim de ocorrência policial nos casos de gravidez decorrente de estupro, documento que nunca foi necessário, posto o estabelecido pelo Art. 128 do Código Penal Brasileiro datado de 1940.

A introdução do conceito de formação de Redes Integradas de Atenção às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência pela Área Técnica de Saúde da Mulher foi desenvolvida em matriz pedagógica (Brasil, 2006). Essa matriz foi pioneira nas orientações e para a organização de redes intersetoriais para estados e municípios. Todavia, o documento foi pouco divulgado pelo MS e não houve maior inserção nas secretarias de Saúde.

Ainda em 2005 a Anticoncepção de Emergência (AE) e a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento foram lançadas como documentos que desmistificavam a abordagem e o processo de atenção nos serviços. Abriu-se um novo e intenso movimento de sensibilização de profissionais de saúde para a introdução da AE como rotina obrigatória nos atendimentos à violência sexual. O medicamento foi recebido com receios e, algumas vezes, os lotes de AE enviados aos municípios foram rejeitados e devolvidos ao Ministério da Saúde. Leis municipais proibindo o uso da AE foram promulgadas, sem a clareza da verdadeira função do insumo.

Durante a década, o estado de São Paulo apresentou o maior número de leis municipais relacionadas às proibições do uso de pílulas anticoncepcionais de emergência, seguido pelo Paraná, Santa Catarina, Goiás, Rondônia, Mato Grosso do Sul, que também cometeram os mesmos equívocos legais. Em alguns

lugares as leis foram julgadas inconstitucionais e revogadas pelos Tribunais de Justiça estaduais; outras ainda estão em tramitação para julgamentos (Comissão de Cidadania e Reprodução, 2012)².

Projetos de lei foram arquivados e em alguns lugares ainda é forte a discussão em torno do tema (Pirassununga/SP, Jundiaí/SP, São José dos Campos/SP, Jacareí/SP, Porto Velho/RO, São José do Rio Preto/SP, Maringá/PR, Londrina/PR, Joinville/SC, Vargem Grande/SP, Campo Grande/MS, Cachoeira Paulista/SP, Jundiaí/SP, Ilhabela/SP e Pindamonhangaba/SP). Esse assunto gerou iniciativas judiciais partindo do Ministério da Saúde, dos governos estaduais, dos Ministérios Públicos estaduais e de organizações da sociedade civil para que se mantivessem garantidos os direitos da mulher no país como informado pela Comissão de Cidadania e Reprodução.

A publicação da Portaria GM/MS de n.º 1.508/2005, que trata do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do SUS, é outro avanço significativo na defesa dos direitos da mulher. Essa portaria ainda não foi inteiramente implementada no SUS. Os profissionais de saúde discutem a objeção de consciência, prerrogativa exclusiva de médicas e médicos em sua ética profissional, não contribuindo para que o procedimento seja parte da rotina de atendimento como outros, evitando abortos provocados e a morte de muitas mulheres. O papel do profissional de saúde é confundido, no caso do aborto previsto em lei, por convicções pessoais e religiosas, fazendo com que essa necessidade expressa da mulher que foi violentada não seja o principal foco da atenção.

A procura por informações sobre onde solicitar ajuda em casos de violências impôs ao setor saúde a necessidade de organizar e oferecer a localização de serviços. No entanto, durante a década, não chegaram a ser cadastrados ou receberam alguma forma de supervisão, a não ser em projetos específicos, de pequena amplitude e para observações localizadas. A expansão do número de serviços sem estímulos

financeiros e com pouca supervisão das secretarias de Saúde não conseguiu ser institucionalizada.

Em 2007 foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, elaborado pelo MS e pela SPM. Esse plano de ações faz interface com questões relacionadas à violência sexual e às doenças sexualmente transmissíveis. Teve um desenvolvimento inicial representativo com movimentos de discussão para sua implementação nos estados e recebeu apoio de grupos organizados de mulheres. Infelizmente sua implementação foi crítica em alguns estados, não recebendo o apoio necessário. Dificuldades estruturais e o pouco envolvimento de áreas do governo retraíram a estratégia e as propostas elaboradas.

O período entre 2005 e 2009 pode ser reconhecido como de grandes embates no campo do enfrentamento à violência sexual contra a mulher. A pauta do abortamento previsto em lei causou insatisfação dos setores mais conservadores da sociedade, que acusaram o Ministério da Saúde de estar trabalhando pela legalização do aborto. A posição do MS, em 2007, foi exemplar ao se colocar como o gestor federal orientando o sistema a cumprir os dispositivos legais em vigor e esclarecendo a população sobre os direitos da mulher. A audiência do ministro e de especialistas no Supremo Tribunal Federal em defesa do aborto de anencéfalos, no ano 2008, foi representativa e fortaleceu uma decisão positiva naquela casa.

Há décadas a sociedade brasileira discute o aborto de forma polêmica, sem observar razões e iniquidades que levam mulheres ao fato, sem aprofundamentos sobre o fenômeno no país ou omitindo o quantitativo de mulheres que morrem todos os anos por abortos inseguros (Brasil, 2005a; Galli e Sydow, 2009). De acordo com o Relatório de Gestão da Pnaism (Brasil, 2007c), no início da década de 2000 o SUS possuía 82 serviços de atenção à violência sexual, chegando a 131 no final de 2006. Desses serviços, 69 estabelecimentos realizavam o aborto previsto em lei. Ao final de 2010, eram 552 serviços de atendimento à violência sexual e o número de estabelecimentos que realizavam o aborto previsto

2 Os documentos podem ser acessados pelo site da Comissão de Cidadania e Reprodução. Disponível em: <<http://www.ccr.org.br/biblioteca-documentos.asp>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

em lei baixou para 60 conforme os Relatórios do SISPACTO. Essa variação do número de serviços hospitalares que realizam o abortamento previsto em lei pode colaborar para aumento das situações de abortos inseguros e das causas diretas de morte materna (Souza e Adesse, 2005).

Entre 2007 e 2008 houve movimentações positivas no país com treinamentos, oficinas de trabalho e ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde de mulheres que sofreram violência sexual, refletido no aumento dos atendimentos registrados pelos sistemas de informação do SUS. Com dificuldades para execução financeira, alguns estados conseguiram avançar em estratégias e interiorização dos serviços. Questão relevante e negativa foi a estagnação que ocorreu em certas capitais brasileiras, pois, ainda que com apoio federal, não houve crescimento das linhas de atenção a mulheres vítimas de violência sexual. Entre todas as unidades federadas, cinco estados chegaram ao final da década sem conseguir expandir suas redes municipais ou pelo menos fazer uso dos recursos destinados à iniciativa e um não aceitou os recursos para o cumprimento da meta nacional³.

Uma pesquisa do Centro de Estudos em Saúde da Mulher da Universidade de Campinas (Cemicamp, 2006) confirmou a cobertura insuficiente de serviços, a dependência à vontade do gestor hospitalar para que o atendimento das situações de violência sexual seja oferecido e que os secretários municipais e estaduais de Saúde ainda não priorizaram a temática como uma de suas estratégias ou ações cotidianas. Ainda, verificou que as normas técnicas do Ministério da Saúde não eram amplamente divulgadas e que muitos profissionais afirmavam que se recusavam a atender os casos por desconhecimento da legislação e dos direitos da mulher.

Dos avanços relacionados ao enfrentamento da violência sexual contra as mulheres nesse período destacam-se ainda os investimentos na informação em saúde. A Lei 10.778 (Brasil, 2003a) instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher e determinou ao MS o desenvolvimento de instrumento de coleta e sistematização da informa-

ção. Desdobrada a Lei no Decreto Lei 5.099/2004, coube ao Ministério da Saúde estabelecer o serviço de notificação compulsória de violência contra mulher. Ainda em 2004 foi publicada a Portaria nº. 2.406, que instituiu o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher. Posteriormente, o Sistema VIVA SINAN passou a registrar os atendimentos de acidentes e violências no SUS e qualificou a informação produzida, detalhando os tipos de violências sofridas e os possíveis autores, ampliando desde 2006 a produção de relatórios específicos. Em implementação no país e encontrando as usuais resistências para a notificação das violências, o VIVA demonstra numa amostragem do panorama nacional que a violência sexual ocupa 22% das violências registradas pelo SUS (Brasil, 2009) e, portanto, que a capacidade de oferecer atenção integral necessita de urgente expansão e mecanismos para sua sustentabilidade.

Os pactos para o enfrentamento da violência

A II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelos ministérios parceiros, em 2006, apresenta a avaliação dos resultados do primeiro plano nacional. Em 2007 o governo lançou o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres.

O pacto (Brasil, 2007a) é um acordo firmado entre o governo federal e os estaduais que prevê responsabilidades, repasses e execução financeira com a previsão de ações, metas a serem alcançadas, estratégias e formas de monitoramento e acompanhamento para verificação de resultados. Nesse pacto, cabe ao Ministério da Saúde o fortalecimento dos serviços do SUS, formação de profissionais para o atendimento dessas mulheres, **direitos sexuais e reprodutivos e implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids, com destaque para a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, dentre eles a anticoncepção de emergência e a difícil implementação das**

3 Os Relatórios de Convênios Gescon para os anos, 2007, 2008, 2009 por UF estão disponíveis em: <http://www.fns.saude.gov.br/>.

normas técnicas, protocolos e fluxos de atendimento a mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde.

O esforço da Secretaria de Políticas para as Mulheres, já com *status* de ministério nesse período, foi um avanço na área da gestão e merece reconhecimento. Todavia, a resistência dos governos estaduais em pactuar prioridades para o enfrentamento da violência contra as mulheres demonstrou o quanto é difícil implantar uma política que se propõe a mudar culturas, posturas e comportamentos. Somente em 2011, início de uma nova década, São Paulo aceitou participar, tornando-se assim o último estado a aderir ao pacto.

Já no final da década, o MS e os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, após ampla discussão sobre os rumos do Sistema Único de Saúde, suas linhas de gestão e operacionalização, ampliação da garantia de sustentabilidade, produziram outra proposição, o Pacto de Gestão e pela Vida (Brasil, 2008). Nesse pacto, agora da área da saúde, as redes de atenção integral a mulheres em situação de violência passaram a se apresentar como conjuntos articulados que se dispõem a acolher e ofertar acompanhamento psicossocial. Na prática, seria a junção das várias iniciativas existentes num território, devendo ser complementares para prover condições de resolução e não revitimização da mulher violentada, como ainda acontece.

Com a expectativa de reorganização da saúde pública no Brasil, o MS discutiu no final da década de 2000 um documento que estabeleceu as diretrizes para a disposição das redes de atenção à saúde do SUS. Foi a institucionalidade do enfrentamento da violência contra a mulher tão aguardada sendo novamente ensaiada, posto que as redes de atenção à violência sexual e doméstica já vinham sendo constituídas há mais de uma década e até agora buscam ser efetivadas.

Discussão: balanço dos impasses e avanços

Avanços foram observados, tais como a expansão de serviços para o atendimento, que se comparados ao início da década apresentaram inquestionável aumento. A precariedade da oferta observada nos

primeiros anos do decênio foi denunciada por estudiosos (Andrade e col., 2001), e foi proposta a inserção de hospitais universitários para a expansão e qualificação da rede (Mattar e col., 2007). Todavia, a cobertura para as regiões brasileiras ainda é um problema, o volume de mulheres violentadas que não conseguem acesso aos seus direitos é representativo e o Estado ainda não conseguiu dar velocidade ao atendimento na medida necessária (Oliveira e col., 2005).

Quando tratamos da normalização da atenção para mulheres em situação de violência sexual e a necessidade de disseminação dessa estratégia como forma de prevenção aos agravos decorrentes da violência sexual Faúndes e colaboradores (2006), Oliveira (2009) e Drezett e Pedroso (2012) são unânimes em destacar a importância de se preparar especialistas para esse tipo de atendimento.

O financiamento para estados e municípios organizarem seus serviços foi ponto de destaque durante a década, todavia esses não apresentaram condições adequadas para um atendimento humanizado e uma escuta mais qualificada das mulheres em situação de violência sexual. A mudança de cultura institucional que sustentará estratégias de acolhimento, atendimento e cumprimento dos mecanismos legais é um desafio maior, que vai além da qualificação técnica dos profissionais de saúde (Cavalcanti e col., 2006; Souza e Adesse, 2005).

Importante na década também foi o desenvolvimento do Sistema de Informações para os Acidentes e Violências. Todavia, os sistemas de informação ainda precisam ampliar suas potencialidades para dar alcance às questões de gênero, raça e cor no que se refere à violência contra a mulher (Okabe e Fonseca, 2009).

A intersetorialidade foi o exercício ensaiado nessa década. O tema da violência sexual contra a mulher esteve em foco nas discussões técnicas, planos de trabalho e investimentos de distintos setores públicos.

Durante o período analisado, diversos processos de qualificação e capacitação profissionais foram desencadeados. De acordo com o Relatório de Gestão 2003-2006 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2007c), 8.350 profissionais foram beneficiados com cursos, oficinas e

sensibilização. Nos anos seguintes esses números foram descritos nos Relatórios do Pacto de Gestão, pela Vida e pela Saúde no Sispacto de 2008 e 2009, com 2.000 profissionais capacitados ao ano para a aplicação das normas técnicas de atenção à violência sexual em estados e municípios.

A política de insumos estratégicos para atenção em casos de violência sexual, desenvolvida pelo Departamento de DST/Aids e a Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, foi um dos marcos referenciais dos avanços na década de 2000. O esforço foi ampliar o acesso aos medicamentos antirretrovirais, o monitoramento de pacientes e a realização de exames durante o período de janelas imunológicas (Brasil, 2005b).

Nos desafios da década para o enfrentamento da violência sexual no Brasil, não se pode ignorar que faltou decisão política para que alguns obstáculos relacionados à sustentabilidade e operacionalização de serviços e estratégias fossem superados. As posturas de gestão em estados e municípios e também no âmbito federal sofreram retrocessos por influências religiosas e pouco mudou a disposição das universidades em introduzir o tema violência sexual em suas disciplinas dos cursos de saúde (Cemicamp, 2006).

A oferta do procedimento de interrupção de gestação, previsto em lei e regulado pelo Ministério da Saúde, em 2005, foi a iniciativa que enfrentou os maiores obstáculos durante a segunda metade da década. Entre 2005 e 2008, de acordo com as estatísticas oficiais, houve um aumento no número de hospitais que realizam o procedimento; no entanto, em 2009 houve um declínio significativo no registro do procedimento (SIH/SUS), cujas causas ainda serão objeto de estudos futuros. O aborto durante toda a década de 2000 é a quarta ou quinta causa de mortalidade materna. Estudos atestam que a maior parte das mortes por aborto é de mulheres com menos de 40 anos, de camadas sociais menos favorecidas, com pouca instrução e, na maioria dos casos, negras (Menezes e Aquino, 2009; Adesse e Monteiro, 2007). Essas constatações confirmam uma realidade que está invisível para a sociedade e explicita as desigualdades sociais e iniquidades em saúde no Brasil em sua forma mais crítica, o óbito prevenível.

Vale ressaltar que ao final da década de 2000 as redes de enfrentamento da violência sexual contra mulheres ainda se mostravam frágeis em sua sustentabilidade e ações coletivas.

A expansão das redes de atenção e a garantia do acesso aos serviços ainda está à mercê da vontade de gestores locais, que se preocupam com os votos em período eleitoral ou em perder o apoio dos setores conservadores da sociedade. Entende-se que é importante um reavivamento do movimento feminista brasileiro pelo direito ao atendimento integral à mulher que sofre violência sexual e, antes, um trabalho que amplie as ações de prevenção e reconhecimento do grave problema social que representa.

O controle social das ações públicas sobre o tema também constitui um desafio em pauta. Villela e Lago (2007) discutem a tese de que o movimento de mulheres em defesa do enfrentamento à violência está disperso, posto a migração desses quadros para instâncias governamentais, fazendo com que a energia necessária para a mobilização social para pressionar a implementação da política tenha sido limitada.

Nas análises sobre a implementação do Plano de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 2010), apenas oito estados apresentaram plano que incluía a violência sexual como uma de suas prioridades, evidenciando o pouco empenho dos gestores diante do tema.

No âmbito do controle social sobre a PNAISM é necessário conhecer, observar e monitorar o papel da gestão em municípios e estados na atenção à violência sexual. A sociedade pode contribuir para o enfrentamento da violência quando denuncia os casos, não se omite diante dos descasos e apoia as ações de esclarecimento e orientação para as mulheres.

Considerando-se a totalidade dos profissionais do SUS, o questionamento sobre a cobertura de qualificação para a atenção à violência sexual é inevitável. Mostra-se necessário que o MS, em parceria com as secretarias estaduais de Saúde e instituições de ensino superior desenvolvam estratégias e metodologias de ensino capazes de comprometer e preparar profissionais de saúde nos diversos níveis de complexidade para o atendimento à violência se-

xual contra mulheres em todas as regiões de saúde do país. A violência sexual cometida contra mulheres no Brasil ainda é uma cruel realidade a ser enfrentada, seja por intermédio das ações de prevenção, seja por meio do atendimento, do enfrentamento, da responsabilização e do acompanhamento de vítimas e agressores.

A década termina com a construção de pactos intersetoriais, revelando o amadurecimento da compreensão sobre formas de enfrentamento à violência sexual no país. Houve esforços para implementar os acordos e as convenções internacionais. A Pnaism passou por fases difíceis em busca de sobrevivência. Para o novo período projeta-se uma expectativa coletiva em manter o tema da violência sexual como prioridade, visando garantir continuidade e avanço aos processos em desenvolvimento e instituir o enfrentamento como uma política do Estado brasileiro, sem que nada do que foi duramente conquistado seja perdido.

Colaboração dos autores

Araújo foi responsável pela coleta e análise dos dados e redação do artigo. Deslandes colaborou com a análise, revisão de dados e redação do artigo.

Referências

ABRAMO, L. Perspectiva de gênero e raça nas políticas públicas. *Boletim de Mercado de Trabalho*, Brasília, DF, v. 25, p. 17-21, 2004. Nota Técnica. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/mt_25e.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. Magnitude do abortono Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Rio de Janeiro: Ipas Brasil e IMS/UERJ, 2007. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/wp-content/uploads/2011/06/factsh_mag.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014

ALMEIDA, S. S. (Org.) *Violência de gênero e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

ANDRADE, R. P. et al. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 583-587, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n9/11281.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

APPOLINÁRIO, F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01 publicada no DOU n.º 96 seção 1E - de 18/5/01*. Brasília, DF, 2002. (Série E. Legislação de Saúde, 8).

BRASIL. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 nov. 2003a. p. 11.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política nacional de enfrentamento à violência contra mulheres*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 nov. 2004b. Seção 1, p. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. Brasília, DF, 2005a. Norma técnica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 6). Disponível em: <http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/NORMA-T%C3%89CNICA-PREVEN%C3%87%C3%83O-E-TRATAMENTO-DOS%20AGRAVOS.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento*. Brasília, DF, 2005b. Norma técnica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2005c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento à violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF, 2005d. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 7).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.508, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 set. 2005e. Seção 2, p. 23.

BRASIL. 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 para formação de redes*. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher*. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST*. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Relatório de gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, DF, 2007c. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008 - 2011*. 2. ed. Brasília, DF, 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília, DF, 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade - DHRV. *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST: análise da situação atual e proposta de monitoramento*. Brasília, DF, 2010.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 3. ed. atual. e ampl. Brasília, DF, 2012a. Norma Técnica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Fiscalização de Orientação Centralizada. *Relatório de auditoria do Tribunal de Contas da União sobre a implementação do II plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF, 2012b.
- CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan. 2006.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.
- CEMICAMP - CENTRO DE PESQUISAS MATERNO-INFANTIS DE CAMPINAS. *Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil: módulo quantitativo: relatório final*. Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/Perfil_do_atendimento_a_mulheres_que_sofrem_viol%C3%Aancia_sexual_-_m%C3%B3dulo_quantitativo.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- CORREA, S. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Campinas, v. 10, n. 1/2, p. 3-12, 1993. Disponível em: <http://www.rebep.org.br/index.php/revista/article/viewFile/488/pdf_463>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- DREZETT, J.; PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 35-38, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252012000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.
- GALLI, B.; SYDOW, E. *O debate sobre aborto no Brasil: avanços, retrocessos e perspectivas*. Ações afirmativas em direitos e saúde - @ads, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/?page_id=120>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.
- GROSSI, M. P.; MINELLA, L. S.; PORTO, R. (Org.). *Depoimentos: trinta anos de pesquisas feministas brasileiras sobre violência*. Florianópolis: Editora Mulheres, 2006. 384 p.
- MACEDO, R. S. *A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação*. Salvador: EDUFBA, 2000. 297 p.
- MATTAR, R. et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, fev. 2007.
- MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. In: ROCHA, M. I. B da; BARBOSA, R. M. (Org.). *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Campinas: Núcleo de Estudos de População - Nepo/Unicamp, 2009. p. 118-154.
- MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan./mar. 1993.
- MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 282 p.
- OEA - ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, "Convenção de Belém do Pará"*. Belém, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

OKABE, I.; FONSECA, R. M. G. S. da. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 453-458, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2014.

OLIVEIRA, E. M. de et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-382, jun. 2005.

OLIVEIRA, E. M. de. Fórum: violência sexual e saúde: introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 455-458, fev. 2007.

OLIVEIRA, E. M. de. A desconstrução paradigmática no conhecimento teórico-metodológico na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1008-1010, jul./ago. 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Abortamento seguro: orientação técnica e política para os sistemas da saúde*. Genebra: OMS, 2004.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: ONU, 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 18 jul. 2014.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Cairo, 1994. Versão não oficial em português. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração e plataforma de ação da IV conferência mundial sobre a mulher*. Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Suplemento 1.

SAFFIOTI, H. I. B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1999.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2014.

SOUZA, C. de M.; ADESSE, L. (Org.). *Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Brasília, DF: Secretária Especial de Políticas para as Mulheres: Ipas, Brasil, 2005. 186 p.

STREY, M. N. Violência e gênero: um casamento que tudo para dar certo. In: GROSSI, P. K.; WERBA, G. C. (Org.). *Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 47-70.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-475, fev. 2007.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on violence and health*. Genebra, 2002. 334 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf> Acesso em: 25 de jan. 2012.

Recebido em: 06/05/2013

Reapresentado em: 30/10/2013

Aprovado em: 12/12/2013