

# Violência contra mulheres: trajetória histórica de um programa de atenção (Curitiba – 1997-2014)

*Violence against women: historical trajectory of a care program (Curitiba - 1997-2014)*

*Violencia contra las mujeres: la trayectoria histórica de un programa de atención (Curitiba – 1997-2014)*

Terezinha Maria Mafioletti<sup>1</sup>, Aida Maris Peres<sup>1</sup>, Liliana Muller Larocca<sup>1</sup>, Mariana Purcote Fontoura<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.

## Como citar este artigo:

Mafioletti TM, Peres AM, Larocca LM, Fontoura MP. Violence against women: historical trajectory of a care program (Curitiba - 1997-2014). Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(6):2907-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0583>

Submissão: 18-08-2017

Aprovação: 12-03-2018

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a trajetória histórica e as contribuições do Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba. **Método:** Pesquisa com abordagem documental e local, inspirada na Dimensão da História Política, para descortinar relações de poder, representações políticas, símbolos e discursos. Foram utilizadas 88 fontes referentes ao período de 1997-2014. A coleta de dados foi realizada em maio de 2016 e apresentada na modalidade linha do tempo. **Resultados:** A trajetória histórica do programa indica experiência intersetorial e interinstitucional que foi se ampliando e originando importantes inovações na atenção às mulheres pautadas na humanização e na perspectiva da integralidade. **Considerações finais:** Historicizar o Programa contribuiu na reflexão acerca da construção de práticas voltadas ao enfrentamento da violência, a necessidade de ações intersetoriais e olhares que envolvam sua complexidade.

**Descritores:** Violência Contra a Mulher; Intersetorialidade; Rede de Cuidados Continuados de Saúde; Ação Intersetorial; Avaliação.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the historical trajectory and the contributions of the *Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência* (Program of Care to Women Victims of Violence) of Curitiba. **Method:** Research with documentary and local approach, inspired by the Dimension of Political History, to unveil power relations, political representations, symbols and discourses. Eighty-eight sources were used for the period 1997-2014. The data collection was performed in May 2016 and presented in the timeline modality. **Results:** The historical trajectory of the program indicates intersectoral and interinstitutional experience that has been increasing and originating important innovations in care to women based on humanization and from the perspective of comprehensiveness. **Final considerations:** Historicizing the Program contributed to the reflection on the construction of practices aimed at confronting violence, the need for intersectoral actions and looks that involve its complexity.

**Descriptors:** Violence Against Women; Intersectorial Collaboration; Continuous Health Care Network; Intersectorial Collaboration; Evaluation.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la trayectoria histórica y las contribuciones del Programa de Atención a las Mujeres en Situación de Violencia de Curitiba. **Método:** Investigación con enfoque documental y local, inspirada en la Dimensión de la Historia Política, para revelar relaciones de poder, representaciones políticas, símbolos y discursos. Se utilizaron 88 fuentes para el período 1997-2014. La recolección de datos fue realizada en mayo de 2016 y presentada en la modalidad línea del tiempo. **Resultados:** La trayectoria histórica del programa indica una experiencia intersectorial e interinstitucional, que se ha ido ampliando y originando importantes innovaciones en la atención a mujeres pautadas en la humanización y en la perspectiva de la integralidad. **Consideraciones finales:** Historizar el programa contribuyó a la reflexión acerca de la construcción de prácticas dirigidas al enfrentamiento de la violencia, la necesidad de acciones intersectoriales y miradas que involucren su complejidad.

**Descriptores:** Violencia Contra la Mujer; Interseccionalidad; Red de Cuidados Continuos de la Salud; Acción Intersectorial; Evaluación.

AUTOR CORRESPONDENTE

Terezinha Maria Mafioletti

E-mail: [teremafe@ufpr.br](mailto:teremafe@ufpr.br)

## INTRODUÇÃO

A violência contra mulheres é um fenômeno complexo que permeia as desiguais relações de gênero. Reconhecido como grave problema de saúde e de violação dos direitos, exige ações e políticas públicas nas esferas da prevenção, enfrentamento e recuperação da saúde articuladas intersetorialmente para assegurar atenção integral às mulheres<sup>(1-2)</sup>.

Estima-se que aproximadamente 35% das mulheres sofrem violência física e/ou sexual em todo o mundo, sendo na sua maioria causada por seus parceiros<sup>(1)</sup>. Um estudo comparativo com mulheres negras do Caribe e dos Estados Unidos apontou que as taxas de problemas de saúde mental e física foram maiores entre as mulheres que sofreram violência do parceiro íntimo em comparação com as mulheres que não sofreram violência<sup>(2)</sup>. No Brasil, entre 2011 e 2015, foram notificados 893.751 casos de violência interpessoal e autoprovocada, sendo que aproximadamente 70% foram violências cometidas contra o sexo feminino<sup>(3)</sup>.

Destacam-se também as altas taxas de homicídios contra as mulheres no país, em 2013 de 4,8 (homicídios para 100 mil mulheres) sendo que o estado do Paraná com 5,2 e o município de Curitiba com 6,2 (homicídios para 100 mil mulheres), ocuparam, respectivamente o 19º e 18º lugares no ranking nacional de assassinatos de mulheres<sup>(4)</sup>.

Em Curitiba, a partir do Programa de Enfrentamento da Violência contra às Mulheres, lançado em 2002, os dados mostram que houve um aumento percentual de mais de 1800% das notificações ao longo do período de 2002 a 2015. No que se refere ao enfrentamento do fenômeno pode-se destacar os avanços obtidos após anos de lutas dos movimentos feministas e de mulheres que se traduziram no desenvolvimento de leis, programas e projetos em diversas áreas, tais como: promulgação da Lei Maria da Penha, Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, implantação e implementação das políticas públicas de enfrentamento, prevenção e promoção da cultura da paz. Entre os mais importantes está a ampliação da Rede de Enfrentamento da Violência Contra as Mulheres, com instalação dos Centros de Referência, Casas Abrigo, Delegacias Especializadas, Casa da Mulher Brasileira e na área da saúde, a criação do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) dentre outras.

Neste sentido, a criação de um Programa de Referência para a Atenção às Mulheres em Situação de Violência doméstica e sexual no Município de Curitiba com atuação intersetorial em funcionamento há mais de 16 anos pode ser compreendido como um importante avanço para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Assim sendo, esse estudo teve como objetivo: Analisar, por meio de uma linha do tempo, a trajetória histórica e as contribuições de um Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência no sul do país.

## OBJETIVO

Analisar a trajetória histórica e as contribuições do Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma instituição de ensino superior brasileira, seguindo as normas éticas vigentes no país.

### Referencial Teórico Metodológico

Na discussão da temática violência contra mulheres é preciso explicitar que não existem fatos que sejam exclusivamente econômicos, políticos ou culturais, mas sim, interações de uma dada realidade social<sup>(5)</sup>. Destarte, analisou-se 88 documentos produzidos entre 1997 e 2014 o que permitiu dialogar com as fontes e reconhecer a linha de cuidado estabelecida para a implantação do Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba. A pesquisa foi inspirada na dimensão da História Política, como campo de relações de poder, representações políticas, símbolos e discursos<sup>(5)</sup>.

### Tipo de estudo

Caracteriza-se como pesquisa qualitativa. A abordagem, ou campo e observação, foi documental e local, cujo domínio (agente histórico), encontra-se na História das Mulheres<sup>(5)</sup>.

### Procedimentos metodológicos

#### Cenário do estudo

O cenário do estudo foi em Curitiba, capital do Paraná, na região sul do Brasil, com população estimada de 1.892.242 habitantes. Em 2014, a taxa bruta de natalidade de Curitiba foi de 13,31 para 1.000 habitantes, de mortalidade infantil de 7,70 de mortalidade materna 36,27, e de fecundidade 1,62%. A população total da Região Metropolitana de Curitiba é de 3.493.742 habitantes, o que representa, 45% da população do estado e 60% da população urbana paranaense<sup>(6)</sup>.

#### Fonte de dados

Os documentos utilizados como fontes da pesquisa foram os protocolos do programa, documento de lançamento, documentos de premiações, artigos, dissertações e teses relacionadas ao programa, relatórios anuais, pesquisas e resoluções que tiveram significância na criação do Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência, bem como aqueles que antecederam sua criação, totalizando 88 documentos, referentes ao período de 1997 a 2014.

#### Coleta e organização dos dados

Os documentos foram obtidos na Coordenação das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs) da SMS e coletados no período de maio de 2016. Foram classificados e organizados por tipo, data e conteúdo para posterior análise.

#### Análise de dados

A análise dos dados compreendeu a classificação e organização das informações coletadas, realizadas por meio da leitura atenta do material e da identificação dos principais pontos, observando-se a pertinência e a relevância para o objeto de

estudo. Optou-se pela elaboração de uma linha do tempo, mesmo reconhecendo a não linearidade dos fatos, mas como estratégia organizacional, que consideramos capaz de compreender e estabelecer relações entre a dimensão, abordagem e domínio utilizados para leitura das fontes.

## RESULTADOS

Neste tópico apresenta-se a trajetória histórica do Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba, inicialmente a partir dos documentos anteriores a sua criação apresentados detalhadamente no quadro n. 01, num total de 8 documentos referentes a pesquisas sobre violência realizadas no município de Curitiba e resoluções que tiveram importância estratégica na criação do programa.

Posteriormente são analisadas as fontes a partir de sua criação, detalhados no quadro n. 02, que abrangem 80 documentos entre protocolos de atendimento, artigos, teses e dissertações sobre o programa, premiações recebidas, relatórios epidemiológicos anuais, dentre outros.

### **Cenário antes da criação do Programa**

Para analisar esse Programa de referência se faz necessário refletir sobre o panorama de importantes ações e políticas que o antecederam. Entre os anos de 1997 e 2001 aconteceram três pesquisas no município de Curitiba, indicadas no Quadro 1, linhas 1, 2 e 5, que tiveram grande impacto no desvelamento do cenário da violência, especialmente da violência contra mulheres, permitindo uma aproximação da problemática. Revelaram a ausência de um sistema integrado de informação e a necessidade de organizar políticas de enfrentamento a violência contra mulheres.

Além dessas investigações, algumas resoluções foram significativas no processo que culminou com a criação e lançamento

do programa. A Resolução n.º 10/99 do Conselho Estadual de Saúde (CES) (linha 3) que regulamentou o serviço de interrupção de gestação decorrente de estupro no estado do Paraná, a resolução n.º 14/2001 (linha 4) que estabeleceu a política para o atendimento às mulheres que sofre violência no Estado do Paraná, prevendo que os serviços de assistência fossem estruturados na forma de Redes Integradas e a resolução de n.º 15/2001 (linha 4) que criou o Comitê Gestor Interinstitucional para, incentivo, implantação e acompanhamento do desenvolvimento de Redes Integradas, elaboração de estudos e propostas de intervenção sobre as causas da violência.

Destacou-se também a resolução conjunta n.º 02/2002 (linha 6) entre Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e Secretaria de Segurança Pública (SESP), cuja finalidade foi a integração e humanização dos atendimentos relacionado à violência sexual, a qual permitiu a cedência de médicos da SESA para o Instituto Médico Legal (IML) com a finalidade de realização da perícia *ad hoc* da violência sexual nos hospitais de referência em até 72 horas da ocorrência da violência, sem a necessidade das mulheres passarem antes pela Delegacia da Mulher e IML. Coube a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba firmar a parceria com os hospitais de referência para atendimento à violência sexual, a Secretaria de Estado da Saúde a cedência dos médicos e insumos e a Secretaria de Segurança Pública, a capacitação e acompanhamentos dos peritos *ad hoc*.

O percurso histórico de desvelamento da violência contra Mulheres em Curitiba, por meio das investigações realizadas e das resoluções aprovadas, deu visibilidade a urgência em assegurar atendimento às mulheres que sofrem violência, assim como demonstrou a necessidade de organizar estratégias para o enfrentamento do problema. Tal realidade aliada as demandas sociais dos movimentos feministas e de mulheres formou um cenário basilar para a criação do Programa.

**Quadro 1** – Documentos anteriores a criação do Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba (1997 - 2002)

Linha	Ano	Documentos	Quantidade
1	1997	Pesquisa Violência Urbana: Mapa de risco da violência de Curitiba	1
2	1999	Pesquisa Caracterização das vítimas que procuraram o IML–Levantamento realizado no IML – Clínica Médico Legal 1998- 1999.	1
3	1999	Resolução n.º 10/99 do Conselho Estadual de Saúde – CES-PR	1
4	2000	Plano Estratégico para Implantação de Redes (2002): Aprovado em resoluções n.14 e 15/2001/CES.	3
5	2001	Pesquisa Violência contra a mulher: vítimas e agressores – levantamento realizado na Delegacia da Mulher, realizada em out,2009 a maio 2000. Curitiba, 2001.	1
6	2002	Resolução conjunta n. 02 da Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP) e Secretaria de Estado da Saúde (SESA).	1
		Total	8

### Cenário da criação e desenvolvimento do Programa

No dia 08 de março de 2002 a Secretaria Municipal de Saúde lançou o Programa com a finalidade de garantir atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica por meio da organização de serviços e fluxos de atenção à saúde da mulher e da articulação com outros parceiros<sup>(7)</sup>. Este programa foi constituído com uma concepção de trabalho intersetorial, sendo assim, concomitantemente, foi criada Rede Intersetorial de Atenção as Mulheres em Situação de Violência, com a finalidade de articular os diversos órgãos, instituições e movimentos sociais que dão sustentação ao Programa, de forma a organizar os serviços e fluxos de atenção à violência contra às mulheres.

O Programa estabeleceu, conforme a resolução nº 02/2002, que a assistência dos casos de violência sexual aconteceria em até 72 horas após a ocorrência. Para tal, contou-se com três hospitais de referência, sendo um deles para crianças até 12 anos de idade. Nestes casos, as pacientes recebem o atendimento médico juntamente com o pericial nos hospitais de referência, evitando

assim a ‘peregrinação’ ou ‘rota crítica’, tão comum nesse tipo de atenção<sup>(8)</sup>. Esse serviço foi muito importante e inovador no país, pois um dos problemas enfrentados pela organização da rede de serviços de atendimento às mulheres que sofrem violência refere-se à agilidade necessária na atenção prestada, que assegure o atendimento adequado e em tempo rápido entre as diversas instituições envolvidas (médicas e legais), que asseguram inclusive a interrupção da gestação decorrente de estupro. Os serviços de referência para à violência sexual atendem também a RMC e outros municípios do estado e alguns casos de outros estados. A Rede Intersetorial de Atenção as Mulheres em Situação de Violência, por sua vez, tem a finalidade de articular os diversos órgãos, instituições e movimentos sociais que dão sustentação ao Programa, de forma a organizar os serviços e fluxos de atenção à saúde das mulheres, discutir os casos que precisem intervenção intersetorial e articular com outros parceiros, considerando as diversas necessidades relativas à saúde, à proteção social, segurança pública (delegacia e juizado, IML) e a justiça - medidas judiciais cíveis necessárias<sup>(8)</sup>.

**Quadro 2** – Documentos posteriores a criação do Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência de Curitiba (2002 - 2014)

Linha	Ano	Documentos	Quantidade
1	2002	Documento de lançamento do Programa	1
2	2002	Protocolo do programa (2002)	1
3	2002	Artigo: Shimazaki, M. E.; Lopes, M. G. D.; Oliveira, V. L. A. Saúde sim, violência não: Programa Mulher de Verdade. <i>Jornal Fêmea, CFEMEA</i> , n. 117. Out. 2002.	1
4	2003	Artigo: Shimazaki, M. E.; Lopes, M. G. D.; Oliveira, V. L. A. Saúde sim, violência não: Programa Mulher de Verdade. <i>Divulgação em Saúde para debate</i> , Rio de Janeiro, n. 26, p. 51-57, abril 2003.	1
5	2004	Protocolo do programa	1
6	2008	Protocolo do programa	1
7	2008	Artigo: Oliveira, V. L. A. Ações de vigilância, prevenção e atenção à violência em Curitiba. In: <i>Violência: uma epidemia silenciosa, Seminários Regionais/Conselho Nacional de Secretários de Saúde</i> . – Brasília: CONASS, 2008.	1
8	2008	Artigo: Santos, T. A. A. Centro de referência e atendimento psicossocial e jurídico à mulher em situação de violência de Curitiba e região metropolitana. In: <i>Violência: uma epidemia silenciosa, Seminários Regionais. Conselho Nacional de Secretários de Saúde</i> . – Brasília: CONASS, 2008.	1
9	2008	Dissertação: Corrêa, M. E. C.; Labronici, L.M. A enfermeira desvelando o significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pelos profissionais de Saúde. <i>Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde</i> , 2008	1
10	2008 a 2012	Documentos de capacitações sobre o programa para profissionais de saúde, parceiros e comunidade.	50
11	2009	Premiação do Ministério da Saúde. 9ª edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, (Expoeppi) na categoria “Inovações na gestão da vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e da promoção da saúde” com o trabalho “Humanização no atendimento às vítimas de violência sexual: o Instituto Médico Legal vai ao Hospital”	1

Continua

Quadro 2 (cont.)

Linha	Ano	Documentos	Quantidade
12	2010	Premiação Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, categoria “Boas Práticas na Aplicação, Divulgação e Implementação da Lei Maria da Penha”	1
13	2010	Tese: Okabe I. Violência contra a mulher: uma proposta de indicadores de gênero na família [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010	1
14	2011	Artigo publicado: DUARTE, A. H. C.; CONING, S. G. S. Vítimas de Violência Sexual e Desafios na Prática Multiprofissional: Breves Apontamentos. Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina. Agosto, 2011	1
15	2012	Prêmio das Américas. Instituto das Nações Unidas para Treinamento e Pesquisa (UNITAR). Centro Internacional de Formação de Atores Locais para América Latina (CIFAL), na categoria de redução da mortalidade infantil Menção honrosa da 12ª Expoepi, em 2012. Pelo desenvolvimento da experiência “Atenção integral a mulher em situação de violência adaptação da Ficha Nacional de Notificação a realidade local”	2
16	2002 a 2014	Relatórios com análises epidemiológicas do Programa. Publicações anuais com análise dos casos notificados pelo Programa	14
17	2014	Resolução conjunta n. 03 da Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP) e Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	1
		Total	80

O primeiro protocolo do Programa foi publicado em 2002 com o objetivo padronizar os fluxos de atendimento, encaminhamento e orientações com relação à violência contra as mulheres<sup>(7)</sup>. Consta neste documento os parceiros que compunham o programa e que auxiliaram na concepção e concretização do mesmo, entre eles, entidades da área da segurança pública, justiça, saúde, conselhos estadual e municipal da mulher, sociedades científicas, universidades e organizações não-governamentais.

Esse documento concebeu que uma das finalidades primordiais do Programa se fundamenta no acolhimento de forma solidária das mulheres que sofrem violência, buscando minimizar a dor, evitar os agravos e reduzir danos. Desta forma, os profissionais de saúde devem estar capacitados a detectar riscos, identificar a violência não declarada, assistir e acompanhar as mulheres em situação de violência até que as mesmas possam reorganizar suas vidas<sup>(7)</sup>.

O protocolo trouxe contribuições teóricas sobre violência de gênero e dados da violência em Curitiba, apresentou formas de abordagem dos casos e a relevância da realização da notificação dos atendimentos. Além disso, apresenta uma organização dos serviços para a atenção à mulher em situação de violência, com foco na humanização do atendimento, compreendendo a sua desburocratização, ações integradas e simultâneas evitando a peregrinação em diversos serviços bem como a repetição do relato sobre o ocorrido e agilizando a profilaxia das DST's, Aids e gravidez<sup>(7)</sup>.

Também foram estabelecidas as competências e os procedimentos das unidades de saúde e dos hospitais de referência para atendimento a violência sexual. As funções das unidades de saúde, estão relacionadas à porta de entrada para o Programa, o acolhimento das usuárias, atendimento, realização de contracepção de emergência, encaminhamento para serviços especializados e continuidade da assistência, inclusive realizando pré-natal nos

casos de gravidez decorrente do estupro e nos casos de adoção, encaminhando para 2ª Vara Infância e da Juventude. A competência dos hospitais de referência para atendimento à violência sexual refere-se à realização de exames laboratoriais, a contracepção de emergência e profilaxia das DST/AIDS, o acompanhamento psicológico, a interrupção da gestação decorrente do estupro, se for identificado o desejo, do contrário encaminhar para realização de pré-natal nas unidades de saúde<sup>(7)</sup>.

Grande parte das competências e procedimentos no atendimento estão relacionadas à violência sexual, e além disso, há uma sessão explicativa no protocolo sobre medidas legais referentes exclusivamente à violência sexual e a apresentação da ‘Ficha de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual’ a ser preenchida obrigatoriamente pelos serviços de referência e pelas Unidades de Saúde<sup>(7)</sup>. São descritos igualmente nesse protocolo, os fluxos de atendimento nos casos de violência sexual e nos outros tipos de violência.

Foram publicados mais dois protocolos do Programa, nos anos 2004 e 2008 com diferentes conteúdos entre eles. O protocolo de 2004 teve como principais alterações um maior detalhamento dos fluxos de atendimento, acrescentando a organização para a atenção à violência sexual crônica, situação em que a violência acontece de forma repetitiva, e para as que chegam ao serviço após 72 horas do momento da agressão, nesses últimos casos, os atendimentos seriam feitos pelas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, houve uma primeira modificação da ficha de notificação com acréscimo de algumas informações a mais sobre a natureza das violências sofridas pelas mulheres<sup>(9)</sup>.

Na edição de 2008 houve uma reformulação e adaptação da ficha de notificação que passou a ser denominada “Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher”,

a qual contém as tipificações da violência<sup>1</sup> de acordo com a lei 11340/06 (Lei Maria da Penha). Foram adicionados os campos de preenchimento na ficha da “Decisão de Atenção Compartilhada”, nos quais a mulher autoriza ou não o envio das informações contidas na Ficha de Notificação à Delegacia da Mulher e ao Juizado de Violência Doméstica, bem como o envio ao serviço de saúde mais próximo de sua residência. O fluxo de atendimento também incorpora as diversas expressões de violência definindo os encaminhamentos para cada uma<sup>(8)</sup>.

No protocolo de 2008, pela primeira vez, é reservado uma seção sobre a Rede Intersetorial de Atenção as Mulheres em Situação de Violência em que são descritas as atribuições e competências de diferentes parceiros, de distintas áreas no interior do programa. Observa-se nesse período e nos anos posteriores uma progressiva ampliação da rede com uma maior articulação e oferta dos serviços de atenção as mulheres em situação de violência.

A conquista da Lei Maria da Penha possibilitou maior integração das ações entre os órgãos, principalmente nas áreas da saúde e da ação social, e outras instituições responsáveis pelo enfrentamento da violência contra as mulheres, como o Juizado da Violência Doméstica e Familiar recém-criado na época, a Delegacia Especializada da Mulher e as entidades da sociedade civil<sup>(8)</sup>.

As sistematizações dos dados do Programa, elaborados a partir do banco de dados das notificações obrigatórias, são divulgadas por meio de relatórios anuais com análises epidemiológicas (linha 16 do Quadro 2). Esses dados são divulgados às instituições que compõem a Rede e dão visibilidade a problemática.

Durante o percurso histórico do Programa e da Rede Intersetorial, os mesmos receberam diversas premiações (linhas 11, 12 e 15 do Quadro 2), sendo essas experiências consideradas inovadoras por ser uma das primeiras experiências nacionais do enfrentamento à violência contra às mulheres a partir da atuação em Redes e da notificação, e por agilizar e humanizar o atendimento à violência sexual na 9ª edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Suas práticas foram consideradas bem-sucedidas na implementação da Lei Maria da Penha no prêmio “Boas Práticas na Aplicação, Divulgação e Implementação de Serviços”, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, em 2010, e por fim, essas experiências tiveram seu reconhecimento por auxiliar no avanço de dois objetivos do milênio, a igualdade de gênero e a redução da mortalidade infantil no Prêmio das Américas em 2012, na categoria de redução da mortalidade infantil.

O interesse científico nas práticas do programa culminou na publicação de vários artigos (linhas 3, 4, 7, 8 e 14 do Quadro 2)<sup>(10-13)</sup>, uma dissertação e uma tese (linhas 9 e 13 do Quadro 2)<sup>(14-15)</sup>.

Foi possível identificar no diálogo com as fontes que uma das ações significativas elencada como estratégia de enfrentamento, tem sido a capacitação voltada aos profissionais da saúde e aos parceiros que compõem a rede, como também à comunidade usuária dos serviços de saúde, universidades, escolas, centros municipais de educação infantil, trabalhadores de setores da hotelaria, polícia militar entre outros. Esse aspecto foi constatado a

partir de 50 documentos referentes a formações/capacitações, que em seu conteúdo continham temas direcionados principalmente para apresentação do programa, para a identificação, acolhimento, orientação e encaminhamentos dos casos de VCM, a importância do envolvimento da equipe multidisciplinar no enfrentamento do problema, bem como orientações para utilização da ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher.

## DISCUSSÃO

As iniciativas realizadas no município de Curitiba, culminaram na elaboração do Mapa de Risco da Violência (1997)<sup>(16)</sup>, uma das primeiras iniciativas governamentais para obtenção de dados referentes à violência e nas investigações na Clínica do Instituto Médico Legal e na Delegacia das Mulheres<sup>(17-18)</sup>. Essas iniciativas colocam o município de Curitiba em consonância com o movimento nacional e internacional de desvelamento da violência, mostrando seu dimensionamento e sua gravidade no nível local, o que no município era pouco conhecido.

Destacou-se no movimento nacional com relação à violência geral e a violência contra às mulheres nesse período, em 1999, a primeira Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes<sup>(19)</sup>, e em 2001 publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que é base legal para a área da saúde até os dias atuais<sup>(20)</sup>.

No âmbito internacional tornou-se relevante em 1993 a publicação da Organização Pan-Americana de Saúde em que afirmou que a violência se converteu num problema de saúde pública em vários países. Diante disso, aprovou resolução XIX em que convocou os países a desenvolverem políticas para o enfrentamento da violência<sup>(21)</sup>. Em 2002 a Organização Mundial da Saúde publicou o “Relatório mundial sobre violência e saúde”, documento norteador para o enfrentamento da problemática na área da saúde<sup>(22)</sup>.

Conectada a esses movimentos que reconheceram a violência como fenômeno social e problema de saúde pública, isso reforçou as discussões e preocupações da cidade, impondo a necessidade de organização e enfrentamento intersetorial, com perspectivas assistenciais e preventivas.

As resoluções de caráter estadual, citadas anteriormente, regulamentaram a interrupção legal de gravidez decorrente de violência sexual e trouxeram proposições de que os serviços de assistência fossem estruturados na forma de redes intersectoriais, integrando e humanizando os serviços de atendimento à violência sexual. Pode-se representar tais documentos como avanços no enfrentamento da violência contra às mulheres, pois foram importantes como forma de apropriação programática na estruturação de serviços em uma concepção intersetorial.

Os fluxos de atendimento estruturados no Programa por meio dos protocolos possibilitaram inovações no atendimento à violência sexual principalmente pela parceria da Secretaria Municipal de Saúde com os hospitais de referência e IML. Essa conquista além de humanizar e diminuir a peregrinação das mulheres entre os

1 A Lei Maria da Penha descreve as formas de violência contra a mulher como física, psicológica, moral, patrimonial e sexual assim como a de negligência.

serviços, demonstrou, com a inclusão do IML no Programa, uma maior horizontalidade, integração e resolutividade entre os níveis municipal e estadual. Além disso pode-se afirmar que o atendimento no IML que era realizado em uma perspectiva legal, reveste-se nesse movimento de articulação, de uma concepção mais humanizada.

Igualmente importante a discussão que se refere à integração de serviços no atendimento à violência contra as mulheres. Percebe-se que nesta fase inicial da Rede Intersetorial, a integração real dos serviços aconteceu com a priorização dos setores de saúde e de segurança pública (delegacia da mulher, IML) e justiça o que demonstra que a rede é criada com um mínimo de serviços intersetoriais. Dessa maneira entende-se que as demandas das mulheres em situação de violência extrapolam o poder de resolutividade desses setores, o que impõe um conjunto articulado de ações intersetoriais mais abrangente<sup>(23)</sup>.

Experiências de programas internos a saúde que atuam articulados em rede intersetorial no país, ainda são raros e incipientes<sup>(23)</sup>. Porém podemos citar algumas experiências conhecidas neste sentido a exemplo do Programa do Município de Campo Grande, Campinas e Campos dos Goytacazes.

O Programa Iluminar, da cidade de Campinas, foi estruturado em 2001, onde foi realizada a articulação em uma rede para a organização do fluxo de atendimento inicialmente também focando a violência sexual<sup>(24)</sup> como o programa analisado neste artigo.

Na fase inicial do Programa de Curitiba, grande parte do conteúdo dos protocolos, na descrição das competências dos serviços e na organização dos fluxos de atendimento a atenção se voltam prioritariamente à violência sexual, ou seja, havia um baixo enfoque nas demais formas de violência. A pouca intervenção nas violências que não seja a sexual foi constatada em diversos outros estudos que analisaram serviços de atenção à mulher em situação de violência<sup>(23-25)</sup>.

Essa ampliação da intersectorialidade e a maior atenção às demais expressões da violência aconteceu principalmente após a promulgação da Lei Maria da Penha, que previa o trabalho em rede, com a criação do Juizado da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e do Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência de Curitiba e Região Metropolitana (CRAMSV). O CRAMSV, criado em 2006, com o papel de articular serviços, instituições governamentais e não governamentais que integram a rede de atenção às mulheres, para garantir o acesso a atendimento integral auxiliou o fortalecimento da Rede Intersetorial Municipal, pois a mesma articulou-se nesse movimento dialogando com as entidades para ampliação sua atuação.

O Juizado de Violência Doméstica e Familiar articulado com a Rede Intersetorial representou igualmente um grande marco nas ações da violência contra as mulheres de Curitiba, asseguradas mediante articulação com os serviços que integravam a Rede.

Essa ampliação reorientou as ações da Rede Intersetorial para uma atenção mais integral às mulheres somando atuações de diferentes entidades potencializando a intervenção sobre o problema, considerando a violência contra as mulheres um fenômeno complexo que exige práticas em diferentes instâncias. Isso vai de encontro à literatura que reconhece a complexidade desse objeto, em que estão vinculados domínios médico, sanitário, social e cultural, na qual há a necessidade de considerar a insuficiência de áreas isoladas para dar conta de sua apreensão e transformação<sup>(23)</sup>.

O Programa Iluminar é voltado à pessoa em situação de violência o que difere do programa de Curitiba que é dirigido às mulheres em situação de violência. A organização do atendimento foi dividida em duas redes intersetoriais, uma rede de cuidados indiretos que incluía escolas municipais, creches, conselhos municipais, guarda municipal, delegacias, serviços jurídicos, dentre outros, e uma rede de cuidados diretos onde acontecem os cuidados de urgência, como os atendimentos específicos da saúde com equipes multiprofissionais<sup>(24)</sup>.

Na cidade de Campos dos Goytacazes, no Rio de Janeiro, foi criado em 2010, o Centro de Atendimento, Pesquisas e Estudos na Área das Violências Doméstica e Sexual, com foco de atenção às pessoas em situação de violência em três áreas de atuação, saúde, assistência social e garantia de direitos. Foi estruturado um atendimento, articulado entre a emergência médica e o sistema de garantia dos direitos, com a proposição do acompanhamento multidisciplinar subsequente. Ressalta-se que o município também inseriu o agressor no atendimento especializado, incluindo-o na triagem dos serviços de saúde mental com encaminhamento para os Centros de Atendimento Psicossocial<sup>(26)</sup>. Este último aspecto, relacionado à atenção ao agressor ainda é uma lacuna existente no Programa de Curitiba, além disso, outra distinção refere-se ao atendimento orientado à pessoa em situação de violência, incluindo crianças, adolescentes, homens, mulheres e população idosa.

Estudo realizado com profissionais de saúde no Rio Grande do Sul, mostrou as dificuldades presentes para construção de redes de serviços articulados para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Evidenciou que os profissionais da área da saúde reconhecem a importância da rede. No entanto, relatam que a falta de integração e desarticulação entre esses profissionais e os serviços da rede levam a sua ineficácia. Destacam também que a falta de preparo dos mesmos para a atenção intersectorial contribui para a desarticulação entre os serviços<sup>(27)</sup>.

As experiências aqui relatadas, demonstram que a nível de atuação local, muitos programas e redes se conectam e se denominam de 'atenção às pessoas', dificultando assim as comparações com o Programa aqui analisado. Como as redes e programas de atenção às violências são singulares para cada grupo (criança e adolescente, mulher e pessoa idosa), acredita-se ser esse fator um limitador de comparação.

No entanto, sabe-se que são inegáveis os avanços, a nível nacional, a partir das políticas elaboradas, das inúmeras experiências locais construídas nas duas últimas décadas. Porém, pode-se afirmar que ainda há uma grande vulnerabilidade no processo de construção de políticas públicas perenes e homogêneas a nível de país como um todo.

Sendo assim, o Programa de Atenção às Mulheres em Situação de Violência e a Rede Intersetorial em sua trajetória histórica avançaram e consolidaram suas ações ao concretizar práticas abrangentes e articuladas e mantendo a atuação diante de sucessivas gestões municipais.

### Limitações do Estudo

Uma das maiores limitações do estudo refere-se às dificuldades de analisar um programa local de importância e abrangência

nacional, contando com poucas experiências que permitam comparação nacional e/ou internacional.

### **Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou política pública**

A enfermagem, profissão majoritariamente feminina, é quem acolhe as mulheres em situação de violência e conhecer e participar da elaboração e execução das políticas públicas é fundamental para o enfrentamento dessas violências. O setor saúde é um dos principais espaços de acolhimento dos agravos resultantes das violências contra as mulheres.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A violência doméstica e sexual contra as mulheres é um importante problema de saúde pública com custos individuais e sociais elevados. O seu enfrentamento exige uma reestruturação organizacional e intersetorial visando responder aos seus efeitos (físicos, emocionais, legais, sociais, de segurança dentre outros).

A Trajetória Histórica do Programa aqui pesquisado pauta sua atuação nessa perspectiva e tem sido um importante

*locus* de implementação de políticas públicas a nível local e nacional. No setor saúde, destacam-se os investimentos em organização dos fluxos setoriais e intersetoriais por meio da publicação dos protocolos estabelecendo a linha de cuidado e da atenção concentrada entre IML, Delegacia da Mulher e Serviços de Referências Hospitalar para a violência sexual em um único local, o que permitiu a redução da rota crítica, da violência institucional e a humanização da atenção, bem como a redução de gravidez indesejada decorrente do estupro e das DSTs e HIV.

Outro aspecto a ser destacado são os avanços da Rede Intersetorial de Atenção à Mulher em Situação de Violência, especialmente após a promulgação da Lei Maria da Penha e com a ampliação dos serviços com a criação do Juizado Especializado, Defensoria Pública e Centro de Referência, implementação dos serviços de assistência social (CRAS e CREAS). Sendo assim, visualiza-se como múltiplos fatores contextuais interagiram com a Rede, para construção de uma proposta mais adequada de enfrentamento da complexidade da violência resultando em uma experiência particular com uma rede mais estruturada e com uma intersetorialidade mais fortalecida e abrangente.

---

### **REFERÊNCIAS**

1. Organização Mundial da Saúde-OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud; Ginebra: OMS; 2013.
2. Lacey K, Mouzon D. The mental and physical health of severely and non-severely abused U.S. Black Caribbean women. *West Indian Med J Suppl*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 15]. Available from: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/en/med-17998>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Violência contra mulher: o desafio de articulação da vigilância com a rede de proteção e atenção Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 386 p.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Flasco; 2015. 83 p.
5. Barros, JA. O campo da história: especialidades e abordagens. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
6. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social-IPARDES. Perfil avançado do município de Curitiba[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 10]. Available from: [http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=5&btOk=ok](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=5&btOk=ok)
7. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção a Mulher Vítima de Violência. Curitiba; 2002.
8. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção a Mulher em Situação de Violência Curitiba: Saúde Levada a Sério. Curitiba; 2008.
9. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção a Mulher Vítima de Violência. Curitiba; 2004.
10. Shimazaki ME, Lopes MGD, Oliveira VL. A. Saúde sim, violência não: Programa Mulher de Verdade. *Jornal Fêmea*[Internet]. 2002[cited 2017 Jun 10];(117). Available from: <http://www.cfemea.org.br/index.php/colecao-femea-e-publicacoes/colecao-femea/101-numero-117-outubro-de-2002>
11. Oliveira VLA. Ações de vigilância, prevenção e atenção à violência em Curitiba. In: *Violência: uma epidemia silenciosa, Seminários Regionais*. Brasília: CONASS; 2008. p.19-20.
12. Santos TAA. Centro de referência e atendimento psicossocial e jurídico à mulher em situação de violência de Curitiba e região metropolitana. In: *Violência: uma epidemia silenciosa, Seminários Regionais*. Brasília: CONASS; 2008. p.20-22.
13. Duarte AHC, Coning SGS. Vítimas de violência sexual e desafios na prática multiprofissional: breves apontamentos. *Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. Universidade Estadual de Londrina. 2011.
14. Corrêa MEC, Labronici LM. A enfermeira desvelando o significado do atendimento às vítimas de violência sexual expresso pelos profissionais de Saúde[Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.
15. Okabe I. Violência contra a mulher: uma proposta de indicadores de gênero na família[Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
16. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea-CEDEC. Mapa de Risco da Violência da Cidade de Curitiba. São Paulo: CEDEC; 1997.

17. Prefeitura Municipal de Curitiba. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano, Secretaria Municipal de Saúde. Violência urbana: ocorrências, agressores e vítimas, Levantamento realizado no IML – Clínica Médico Legal. Curitiba; 1999.
  18. Prefeitura Municipal de Curitiba. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria de Estado de Segurança Pública. Violência contra a mulher: vítimas e agressores levantamento realizado na Delegacia da Mulher. Curitiba; 2001.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: MS; 1999.
  20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2001 maio 18. Seção 1e. 62 p.
  21. Organización Panamericana de la Salud-OPAS. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: OPAS; 1993.
  22. Organização Mundial de Saúde-OMS. Organización Panamericana de la Salud-OPAS Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
  23. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc Saúde Colet[internet]. 2009[cited 2017 Jun 05];14(4):1037-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>
  24. Pedrosa CM, Diniz CSG, Moura VGAL. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. Ciênc Saúde Colet[internet]. 2016[cited 2017 May 28];21(6):1879-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1879.pdf>
  25. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo entre três capitais brasileiras. In: SENASP. Relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Justiça; 2006.
  26. Kury CMH, Kury MMH, Pereira CCR, Oliveira FA, Oliveira FC, Silva RMH, et al. Implantação de um centro na área das violências doméstica e sexual em Campos do Goytacazes, Rio de Janeiro, 2009-2012. Epidemiol Serv Saúde[internet]. 2015[cited 2017 Jun 02];24(4):771-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00771.pdf>
  27. Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. Rev Esc Enferm USP[internet]. 2017[cited 2017 Jun 28];51:e03207. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt\\_1980-220X-reeusp-51-e03207.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03207.pdf)
-