

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Daniel Nery da Silva

**Um olhar sobre a violência perpetrada contra mulheres cisgênero e transgênero no
Município de Mangaratiba, RJ, Brasil**

Rio de Janeiro

2022

Daniel Nery da Silva

**Um olhar sobre a violência perpetrada contra mulheres cisgênero e transgênero no
Município de Mangaratiba, RJ, Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: A look at the violence perpetrated against cisgender and transgender women in the Municipality of Mangaratiba, RJ, Brazil.

S586o Silva, Daniel Nery da.
Um olhar sobre a violência perpetrada contra mulheres cisgênero e transgênero no Município de Mangaratiba, RJ, Brasil / Daniel Nery da Silva. -- 2022.
68 f. : il. color.

Orientador: Gabriel Eduardo Schütz.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 62-65.

1. Direitos Humanos. 2. Saúde. 3. Violência. 4. Identidade de Gênero. 5. Mulheres. I. Título.

CDD 362.83

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Daniel Nery da Silva

**Um olhar sobre a violência perpetrada contra mulheres cisgênero e transgênero no
Município de Mangaratiba, RJ, Brasil.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz.

Aprovada em: 05 de Outubro de 2022.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Diádiney Helena de Almeida
Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (SME-RJ)

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz (Orientador)
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Estudos em Saúde

Rio de Janeiro

2022

A Minha mãe Maria e meu saudoso pai Daniel, pelo fomento a minha educação.

À minha esposa, Elza, pelo amor e o companheirismo, renovados e compartilhados a cada dia.

À minha filha, Thais bênção de Deus e luz em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo, princípio de tudo o Alfa e o Ômega.

Meus agradecimentos efusivos a Coordenação do Curso: Maria Helena Barros de Oliveira; Marcos Besserman Vianna; Aldo Pacheco Ferreira; Angélica Baptista da Silva; Diádiney Helena de Almeida e Ernane Alexandre Pereira por serem presentes durante todos os momentos do mestrado.

Obrigado a Denise de Almeida e Hugo Avelino pelo suporte técnico durante as aulas do curso.

Uma menção especial de agradecimento ao professor Dr. Gabriel Schütz, por aceitar a tarefa de me orientar, ao qual devoto o mais sincero respeito, carinho e admiração. Meus agradecimentos por seus preciosos conselhos e sugestões.

Aos membros da banca prévia, Profa. Dra. Jaqueline Gomes de Jesus e Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira, pelo carinho e importantes sugestões.

Agradeço a Sandra Castelo Branco – Secretária Municipal de Saúde de Mangaratiba por ter apoiado a pesquisa.

Agradeço, igualmente, a Jorge Mauricio Miranda de Souza - Diretor de Vigilância em Saúde de Mangaratiba (DVS) pelo apoio a pesquisa e por ter sido extremamente generoso nas autorizações iniciais.

Agradeço a Moacir Batista Crispim Junior – Coordenador Vigilância Epidemiológica do Município de Mangaratiba que autorizou e liberou o acesso as Fichas de Notificação que alimentam a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) logo após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP); e também por ter compartilhado seus conhecimentos sobre epidemiologia.

Meus agradecimentos para equipe do Programa ARTE VIVA - Núcleo de prevenção e Enfrentamento às Violências do Município de Mangaratiba, pela acolhida calorosa. Obrigado: Elisa Goulart (Coordenadora); Greyce Moura e Celma Gonçalves da Silva.

Agradeço a meus amigos Elcio Antônio Alves Ferreira e Juarez dos Santos Martins Filho, destemidos e incansáveis lutadores pela causa da Saúde Pública. Obrigado pelas caronas solidárias!

Meu obrigado especial a todos os professores e professoras do Mestrado Profissional - Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, pelos conhecimentos generosamente compartilhados.

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e
direitos.

(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 2).

RESUMO

Esta pesquisa teve por escopo realizar um estudo sobre a violência perpetrada contra mulheres cisgênero e transgênero no Município de Mangaratiba, RJ, Brasil no período de janeiro a dezembro de 2021, para tanto se analisou informações explicitadas nas Ficha de Notificação/Investigação (FNI) de violência interpessoal e autoprovocada que alimentaram a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações(SINAN). Foram analisadas 600 fichas; 477(quatrocentos e setenta e sete) relataram violências contra mulheres cisgênero e meninas (crianças e adolescentes do sexo feminino); 04 (quatro) dessa mulheres se identificaram como Mulher Transexual. Nenhuma pessoa se declarou Travesti ou Homem transexual; 77(setenta e sete) fichas se referiam a violência contra homens cisgênero e meninos (crianças e adolescentes) do sexo masculino e 46 eram fichas em duplicidade. A análise realizada permitiu identificar quais foram as agressões sofridas assim como o perfil das mulheres em situação de violência no Município de Mangaratiba, RJ, Brasil. Os dados apresentados tornam visível as violências sofrida por centenas de mulheres que conseguiram acessar a Rede de Prevenção e Enfrentamento as violências perpetradas contra as mulheres; revelando que o maior número de casos de violência contra a mulher é cometido por homens, sejam cônjuges ou ex-cônjuge das vítimas por ciúmes ou prepotência de dominação masculina sobre o universo feminino. O primeiro ambiente da violência é a residência da vítima, isto é o espaço de convívio permanente da mulher com o algoz; ali a mulher é agredida com frequência e em silêncio. As mulheres com idade entre 25 a 59 foram as maiores vítimas. As mulheres negras (pardas e pretas) foram as mais vitimadas em todos os tipos de violência. Apontamos para a importância das lutas para uma vida sem violência e com direitos, realmente, equânimes para todas as mulheres.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Saúde; Violência; Identidade de Gênero; Mulheres.

ABSTRACT

This research aimed to carry out a study on the violence perpetrated against cisgender and transgender women in the Municipality of Mangaratiba, RJ, Brazil from January to December 2021, for this purpose, information explained in the Notification/Investigation Form (FNI) of interpersonal and self-inflicted violence that fed the database of the Notification Diseases Information System (SINAN). 600 files were analyzed; 477 (four hundred and seventy-seven) reported violence against cisgender women and girls (female children and adolescents); 04 (four) of these women identified themselves as a Transsexual Woman. No person declared himself a transvestite or transgender man; 77 (seventy-seven) forms referred to violence against cisgender men and male boys (children and adolescents) and 46 were duplicates. The analysis carried out allowed us to identify the aggressions suffered as well as the profile of women in situations of violence in the Municipality of Mangaratiba, RJ, Brazil. The data presented make visible the violence suffered by hundreds of women who managed to access the Prevention and Confrontation Network against violence perpetrated against women; revealing that the largest number of cases of violence against women are committed by men, whether spouses, ex-spouses of victims out of jealousy or arrogance of male domination over the female universe. The first environment of violence is the victim's residence, that is, the woman's permanent living space with the executioner; there the woman is attacked frequently and in silence. Women aged 25 to 59 were the biggest victims. Black women (brown and black) were the most victims of all types of violence. We point to the importance of struggles for a life without violence and with truly equitable rights for all women.

Keywords: Human Rights; Health; Violence; Gender Identity; Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de atendimento da Sala Lilás – Violência Física.....	36
Figura 2 - Fluxograma de atendimento da Sala Lilás – Violência Sexual.....	37
Figura 3 - Fluxograma de atendimento de pessoas em situação de violência UBS...	38
Figura 4 - Fluxograma de atendimento pessoas em situação de violência na ESF.....	39
Figura 5 - Nuvem de Palavras	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada perpetrada contra mulheres por mês ocorrência	22
Tabela 2 -	Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada por ciclo de vida e sexo	23
Tabela 3 -	Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada por Identidade de Gênero	24
Tabela 4-	Raça/Cor/Etnia das mulheres atendida.....	25
Tabela 5-	Orientação Sexual das mulheres atendida.....	26
Tabela 6 -	Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada perpetrada contra Gestantes	27
Tabela 7-	Número de violência interpessoal/ autoprovocada contra mulheres por tipo de violência	27
Tabela 8-	Reincidência	29
Tabela 9-	Local de ocorrência	30
Tabela 10-	Escolaridade das mulheres atendida.....	30
Tabela 11-	Vínculo entre o(s) provável(is) autor(es) da agressão e a pessoa atendida/vítima.....	32
Tabela 12-	Suspeita de uso de álcool pelo agressor(a).....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Antra	Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil
ART.	Artigo
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
CIS	Cisgênero
CNDM,	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CREAM	Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAMs	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DR.	Doutor
DRA.	Doutora
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo cruz
FNI	Ficha de Notificação/Investigação
IFRJ	Instituto federal do Fio de Janeiro
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMVSB	Hospital Municipal Victor de Souza Breves
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROF.	Professor
PROFA.	Professora
RJ	Rio de Janeiro
RMP	Ronda Maria da Penha
R.O	Registro da Ocorrência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificações
SUS	Sistema Único de Saúde

TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TRANS	Transgêneros
UGF	Universidade Gama Filho

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	METODOLOGIA	18
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA.....	20
3	RESULTADOS	22
3.1	A REDE DE ASSISTÊNCIA E DE PROTEÇÃO.....	34
3.2	O ARTE VIVA VAI À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	40
3.3	O PROJETO ARTE VIVA VAI À ESCOLA.....	40
3.4	SALA LILÁS.....	41
3.5	PROJETO COM ELES.....	42
3.6	CREAM.....	43
3.7	RONDA MARIA DA PENHA.....	44
4	DISCUSSÃO	45
4.1	O CICLO DE VIOLÊNCIA.....	48
4.2	VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES TRANS E A TRAVESTIS.....	53
5	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	62
	ANEXO – FICHA DE NOTIFICAÇÃO	66

1. INTRODUÇÃO

Inicialmente gostaria de ressaltar o meu campo de atuação e a minha relação com o conteúdo da pesquisa: Sou Servidor Público Federal do Ministério da Saúde, cedido ao Sistema Único de Saúde(SUS) - exercendo funções junto a Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretária Municipal de Saúde de Mangaratiba – RJ. Por formação sou Especialista em Gestão de Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMS/UERJ (2011) e advogado sanitário com Especialização em Direito e Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - DIHS/ENSP/FIOCRUZ- (2013) e Direito Civil e Processo Civil pela Universidade Gama Filho – UGF- (2009) possuindo ainda, Extensão Universitária em Tutorial de Professores pela Fundação Getúlio Vargas - FGV Online-(2011); por este motivo tenho oportunidade de atuar, quando solicitado, colaborando com a gestão em diversos setores da Saúde Pública do Município de Mangaratiba- RJ, tais como: Educação em saúde, Epidemiologia, Imunização e Vigilância em Saúde.

Reflico que advogar transcende o atuar formalmente dentro de um processo judicial. Advogar consiste em trabalhar para despertar a consciência de Direito e Justiça a fim de construir uma sociedade livre, justa e solidária que respeite a dignidade da pessoa humana.

Considero que a violência contra as mulheres é um grave problema de saúde pública e constitui-se em uma das principais formas de violação de Direitos Humanos.

Em seu preâmbulo a Convenção de Belém do Para dispõe sobre o conceito de violência contra mulher: “entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Todas as mulheres, pelo simples fato de ser mulher, sofrem discriminação e são submetidas à violência, caracterizando o que a Lei Maria da Penha¹ define como violência de gênero. Esta violência é sempre cometida contra a mulher que, no momento em que sofre a agressão, encontra-se em posição de inferioridade

¹ A Lei Maria da Penha foi sancionada em 7 de agosto de 2006 pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Com 46 artigos distribuídos em sete títulos, ela cria mecanismos para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher em conformidade com a Constituição Federal (art. 226, § 8º) e os tratados internacionais ratificados pelo Estado brasileiro (Convenção de Belém do Pará, Pacto de San José da Costa Rica, Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher).

(Fonte: Instituto Maria da Penha. <https://www.institutomariadapenha.org.br/entrevista-com-maria-da-penha.html>).

em relação ao agressor, que tanto pode ser um homem, como outra mulher; incluído neste caso as relações homoafetivas.

Entendo que o artigo 5º da Lei Maria da Penha caracteriza a violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero; portanto o fato de a vítima ser uma mulher transexual não afasta a incidência da norma protetiva, tendo em vista que o artigo 1º, da Lei 11.340/2006, disciplina que a Lei Maria da Penha "cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher...", evidenciando que o objeto de proteção é a pessoa que sofre violência de gênero feminino e não, propriamente, a pessoa biologicamente considerada do sexo feminino.

A Lei Maria da Penha traz estampado em seu artigo 2º que toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (Lei 11.340 - Lei Maria da Penha).

Logo de plano é mister destacar dois termos iniciais, quais sejam: cisgênero e transgênero; segundo Jesus (2012) cisgênero "Conceito "guarda-chuva" que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento" e, transgênero "Conceito "guarda-chuva" que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento". Outrossim, é necessário ainda ressaltar a distinção entre sexo e gênero; segundo Barcelos(2019) "sexo é a categoria biológica, e gênero é a expressão culturalmente determinada da diferença sexual". Assim, "gênero pode ser definido como uma relação socialmente construída entre homens e mulheres, servindo como categoria de análise para investigar a construção social do feminino e do masculino" (BARCELOS, 2019, p. 31 apud SCOTT, 1990).

É preciso que o SUS se capacite para atender a população. E esse atendimento deve ser referenciado pelo respeito à Dignidade da Pessoa Humana, pelo respeito à diversidade e pelos Direitos Humanos. É imprescindível lembrar que o artigo art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil assevera que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Já o artigo 198, da Constituição Federal assegurar como diretriz do

SUS a unificação do Sistema de Saúde; a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade, sendo que esta última configura-se como pedra angular da democracia participativa.

Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde não era considerada como um direito social universal. Só possuía acesso à saúde os trabalhadores segurados pela previdência social, os indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho, e também os que possuíam recursos para pagar um plano de saúde privado. A camada da população mais pobre, os trabalhadores domésticos e rurais, bem como todos os outros que não se encaixavam nesse perfil dependiam de obras assistenciais e das Casas de Misericórdia. O Estado atuava de forma universal apenas nas campanhas de vacinação e controle de endemias.

No ano de 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) criou as bases para as propostas de estruturação do SUS, o relatório da Conferência destacou o conceito ampliado de saúde colocando-a como direito de todos e dever do Estado. A proposta do SUS surge com uma nova definição de Saúde, reafirmando princípios da Organização Mundial da Saúde - OMS, de que o termo saúde transcende a simples ideia de ausência de doenças; mas sendo considerado um aspecto mais amplo que rompe com o domínio da medicina curativa apontando para a necessidade de reorganização dos modelos de atenção e promoção à saúde e participação popular englobando políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer. Arouca (1998), ao abordar este processo de mudança arrazoou que:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

O Lobby do Batom, também designado de Lobby das Meninas ou Lobby das Mulheres, é a denominação dada ao movimento que conferiu a ação e articulação de mulheres na Assembleia Constituinte que elaborou o texto de nossa Constituição Cidadã, denominação dada à Constituição brasileira pelas conquistas nela estabelecidas em termos de direitos e também pelo fato de ter o seu processo de elaboração fortemente marcado pela participação popular.

No artigo: Lá vem o lobby do Batom. CABRAL, G. publicado no Cadernos de Crítica Feminista: Mulheres, Participação e Democracia. Recife, ano II, n. 1, dez. 2008. p. 92-95. a ativista relata que O Lobby do Batom foi uma tirada de humor:

“Quando entrávamos nos corredores do Congresso, invariavelmente retocávamos o batom e alguns gaiatos diziam: “Lá vem o lobby do batom”. De tanto ouvir a piadinha, resolvemos responder com nosso sempre presente bom humor: mandamos imprimir um selo que trazia as duas colunas do Congresso como um batom e escrito lobby do batom. Foi ótimo passar pelos piadistas e perguntar: “Quer um? Quer entrar também nesse lobby? Olha! Sua vida vai ficar bem melhor quando homens e mulheres tiverem direitos iguais!” (CABRAL, G 2008, p. 92-95)

Cabral (2008) leciona que as mulheres levaram para a Constituinte mais alegria e foram as responsáveis por grandes avanços em nossa legislação para construir uma sociedade igualitária. Informa que as militantes fizeram várias Campanhas no período de discussão do texto constitucional tais como: “Diferentes sim, mas não desiguais”; “Constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher”; “Constituinte sem mulher fica pela metade” e “Filho não é só da mãe”. Em seu artigo informa-se que na época, um órgão governamental com cara de sociedade civil – o CNDM, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, foi quem liderou todo o processo de articulação junto aos parlamentares constituintes, levando as reivindicações das mulheres. Ela explicita que O CNDM era dirigido e formado por lideranças feministas da época e tinha o reconhecimento dos grupos, associações e organizações de mulheres. Foi no desempenho desse papel que organizou encontros estaduais, municipais e o Encontro Nacional Mulher e Constituinte, do qual resultou a Carta das Mulheres aos Constituintes (documento elaborado para fortalecer a reivindicação feminina por direitos na nova Constituição). Deve-se anotar que os pleitos das constituintes não se restringiam exclusivamente aos direitos femininos; havia clamor pela qualidade de vida e igualdade de todos os brasileiros, entre as propostas enviadas por elas que foram atendidas estão a criação do Sistema Único de Saúde, políticas de proteção ao meio ambiente e o direito de greve extensivo a todas as profissões.

Quando fala-se em direitos das mulheres entende-se que eles são Direitos Humanos produtos do desenvolvimento histórico, fruto de lutas sociais e políticas travadas por diversos atores em diferentes momentos da história. Graças ao Lobby do Batom o legislador constitucional inseriu em nossa carta Magna a igualdade de gênero ao consignar em seu Art. 5º, I: “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição” e garantiu direitos à mulheres em diversas partes da Lei Fundamental.

Com este texto insculpido na constituição cidadã o legislador constitucional

reconheceu as mulheres como sujeitos de direitos em igualdade de condições com os homens, todavia:

Esse reconhecimento, no entanto, não impactou, ainda de forma definitiva, a sociedade e especialmente a cultura jurídica nacional. As resistências das instituições de segurança pública e da justiça à plena implementação da Lei Maria da Penha exemplificam a permanência da grande distância entre os direitos formalmente reconhecidos e a dificuldade para sua eficácia legal (GOÉS, 2019, p. 23.632 apud BARSTED, 2012, p. 98).

Temos vários diplomas legais, administrativos e organizacionais necessários ao entendimento do tema tais como: Constituição da República Federativa do Brasil Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – “Convenção de Belém do Pará”; Lei Maria da Penha - Lei nº 11.340/2006 - que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres; Lei nº 10.778/2003 que Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados; Lei nº 13.104 / 2015(Lei do Femicídio) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.) Espero que esta pesquisa possa encorajar mais pessoas a lutarem por uma sociedade verdadeiramente justa e solidária em que todas as pessoas tenham o princípio da dignidade humana respeitado.

2. METODOLOGIA

Nossa metodologia teve espeque em Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Uma pesquisa científica consiste na execução de um conjunto de métodos e técnicas para obtenção de um conhecimento original; este estudo seguiu a linha básica de uma pesquisa teórica, já que apresenta um domínio da bibliografia fundamental da área e um diálogo crítico com ela. Os elementos de fundamentação da pesquisa teve fulcro em informações explicitadas nas Fichas de Notificações Individuais (FNI) de violência interpessoal e autoprovocada que alimentaram a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), no período de janeiro a dezembro de 2021.

A notificação de violências é realizada por meio da Ficha de Notificação de Violência interpessoal / autoprovocada. Este documento é preenchido nas unidades de saúde (podendo ainda ser preenchido na Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena ou Centro Especializado de Atendimento à Mulher), quando há suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas.

A ficha é digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pelas equipes locais de saúde. A coleta e sistematização dos dados angariados das fichas que alimentaram o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) - Violência Interpessoal / Autoprovocada - permitiu identificar quais foram as agressões sofridas e o perfil das mulheres em situação de violência (vítimas) no Município de Mangaratiba, RJ, Brasil.

É imperioso ressaltar que segundo o Instrutivo Viva a notificação de violências contra mulheres é uma exigência legal, produto de uma luta ininterrupta para que a violência praticada contra essa parcela da população saia da invisibilidade, tornando visível sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos. Da mesma maneira deve-se colocar no mesmo grau de importância e interesse a luta pela equidade nas políticas públicas de outros segmentos sociais, como a população negra, indígena, população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) (BRASIL, 2016).

Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 para que a totalidade da população nacional tenha direito ao atendimento público de saúde sem preconceitos de origem, raça, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Durante a pesquisa procuramos identificar o perfil sócio demográfico das mulheres em situação de violência no Município de Mangaratiba, RJ, Brasil e se havia invisibilidade de violência perpetrada contra mulheres transexuais e contra as travestis.

Os dados angariados foram colocados em planilha Excel e por fim analisados gerando informações sobre o perfil das mulheres que sofreram violências, o tipo de agressão, o local e a relação com o provável autor (a) da agressão, dentre outros.

Os riscos dessa pesquisa foram considerados mínimos por se tratar de coleta de dados que foram disponibilizado e lançados na base de dado do SINAN.

É imperioso ressaltar os nomes das pessoas que se encontram nas fichas de notificações foram mantidos sob total sigilo e não foram mencionados em qualquer momento da pesquisa. Ressalto que há na pesquisa Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) para a salvaguarda dos direitos dos participantes da pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo. Houve apreciação do Coordenador de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Mangaratiba – RJ que concedeu autorização para utilização dos dados que foram coletados nas Fichas de Notificações de violência interpessoal e autoprovocada que alimentaram a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) - 2021.

As fichas analisadas fazem parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA², componente contínuo, cujo objetivo é captar informações sobre o perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e/ou outras violências (autoprovocadas e interpessoais). Estas fichas de notificação individual chegaram ao setor epidemiologia do Município de Mangaratiba oriundas de diversas origens: Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Sala Lilás e unidades de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, por meio do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Conselho Tutelar (CT) entre outras.

A ficha de notificação individual (Anexo) é estruturada em dez blocos, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados para informações complementares e observações.

² O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) é constituído por dois componentes: I) Vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde (VIVA Contínuo); e II) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito)

É imperioso aduzir que a publicação dos dados garantem o acesso e a transparência das informações, e objetiva a adoção de medidas que visem a prevenção e o enfrentamento de violência contra mulheres.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO: MUNICÍPIO DE MANGARATIBA

Mangaratiba é uma palavra tupi que significa³ "lugar onde há muitos mangarás"(mangará: o coração ou batata da bananeira, isto é, a ponta terminal da inflorescência da bananeira; e tyba: sítio onde há muita abundância de alguma coisa). O município faz parte de uma região reconhecida pelas suas belezas naturais. Juntamente com Angra dos Reis e Paraty, Mangaratiba tem na indústria do turismo e de veraneio sua maior expressão. A BR-101, Rio-Santos, atravessa todo seu território de leste a oeste. Mangaratiba possui comércio incipiente e grande parte da sua população economicamente ativa tem como maiores empregadores a Prefeitura Municipal e a Companhia Vale (terminal de minérios). Os resorts da região empregam parcela da população, embora a grande parte da mão-de-obra qualificada para esses estabelecimentos sejam oriundas da cidade do Rio de Janeiro e de municípios vizinhos.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a população estimada no ano de 2021 no município de Mangaratiba, era de 45.941 (quarenta e cinco mil novecentos e quarenta e um) habitantes, sendo deste total 22.395 (vinte e dois mil e trezentos e noventa e cinco) pessoas do sexo masculino e 23.546 (vinte e três mil quinhentos e quarenta e seis) do sexo feminino.

O município tem área geográfica de 356,408 km² e está dividido em seis Distritos Administrativos: Itacuruçá, Muriqui, Praia Grande, Mangaratiba (Sede), Conceição de Jacareí e Serra do Piloto (DATASUS, 2021).

Por conta do forte potencial turístico, nos meses de verão e outros em que ocorrem férias escolares, feriados e finais de semana, a população praticamente triplica, o que interfere em todas as formas de organização da cidade e na capacidade de responder às demandas provocadas por estas mencionadas flutuações.

Durante a pandemia do corona vírus Sars-CoV-2 a Prefeitura de Mangaratiba realizou barreiras sanitárias de bloqueio de acesso ao município. A ação teve como objetivo reforçar o combate a pandemia na cidade. Com a determinação, somente moradores, proprietários de imóveis, locatários, trabalhadores e pessoas com reservas já agendadas em hotéis ou pousadas

³ Fonte: Enciclopédia dos Municípios Brasileiros – Volume XXII – IBGE, 1959 e sítio www.mangaratiba.rj.gov.br

puderam entrar na cidade; mesmo assim a população aumentou consideravelmente por conta dos veranistas que procuraram o município para se isolarem e se protegerem do vírus.

3. RESULTADOS

Foram analisadas 600 fichas; 477 (quatrocentos e setenta e sete) relataram violências contra mulheres cisgênero e meninas (crianças e adolescentes do sexo feminino); 04(quatro) dessa mulheres se identificaram como Mulher Transexual. Nenhuma pessoa se declarou Travesti ou Homem transexual. 77 (setenta e sete) fichas se referiam a violência contra homens cisgênero e meninos (crianças e adolescentes) do sexo masculino e 46 (quarenta e seis) eram fichas em duplicidade.

Uma ficha encontra-se em duplicidade quando o mesmo paciente foi notificado mais de uma vez pela mesma ou outra unidade de saúde, para o mesmo caso (exemplo: paciente vítima de violência interpessoal/autoprovocada foi notificada duas vezes por unidades de saúde diferentes e com data de ocorrência da violência coincidentes). Para as violências, é importante avaliar cuidadosamente se trata de uma duplicidade verdadeira, já que uma pessoa pode sofrer mais de uma violência no mesmo dia, podendo ser ou não do mesmo tipo ou natureza. Portanto, todas as informações foram avaliadas, considerando especialmente o nome completo do paciente; a idade; o nome da mãe, o horário da ocorrência e as circunstâncias do evento. Ao se tratar de casos realmente distintos, não consideramos duplicidade.

Trazemos à luzes os seguintes dados:

Tabela 1 -Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada perpetrada **contra mulheres** por mês de ocorrência. Mangaratiba-RJ, ano de notificação 2021. *

Mês	Total
Janeiro	46
Fevereiro	47
Março	34
Abril	37
Maiο	40
Junho	38
Julho	55

Agosto	47
Setembro	31
Outubro	48
Novembro	35
Dezembro	19
TOTAL	447

Fonte: Elaborada pelo autor.

* Observação: Violência contra a mulher de todas as idades, independentemente do tipo ou da natureza da violência. Os números são referentes a Mulheres Cisgênero + Mulher Transexual+ Crianças e adolescentes do sexo feminino.

Tabela 2 - Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada por **ciclo de vida e sexo**. Mangaratiba-RJ, ano de notificação 2021. *

Sexo	Criança	Adolescente	Jovem	Adulto(a)	Idoso(a)	TOTAL
Masculino	02	08	06	49	06	71
Feminino	05	21	24	351	35	436
TOTAL	07	29	30	400	41	507

Fonte: Elaborada pelo autor.

***Observação: 47 pessoas com idade ignorada: 06 delas do sexo masculino e 41 do sexo feminino.**

Mister ressaltar que embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de zero a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de zero a 9 anos e adolescentes, de 10 a 19 anos. Para esta pesquisa consideramos como ciclos de vida a seguinte distribuição etária:

- Criança: zero a 9 anos.
- Adolescente: 10 a 19 anos.
- Jovem: 20 a 24 anos.

- Pessoa adulta: 25 a 59 anos.
- Pessoa idosa: a partir de 60 ano

Tabela 3- Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada por **identidade de gênero**. Mangaratiba- RJ, 2021*

Identidade de Gênero	Total	Raça/Cor/Etnia	Escolaridade
Mulher transexual	04	Branca	Ignorado
Travesti	00	Preta	4ª série completa
Homem Transexual	00	Preta	Educação superior incompleta
TOTAL	04	Parda	5ª à 8ª série incompleta

OUTRAS VEZES	Lesão autoprovocada	Violência física	Violência psicológica
Ignorado	Não	Sim	Sim
Sim	Sim	Sim	Não
Sim	Sim	Não	Não
Não	Não	Sim	Sim

*Observação (Jovem = 01 e Adulta = 03)

Fonte: Elaborada pelo autor.

Conforme apontado no Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, publicado em 2016:

A identidade de gênero não deve ser confundida com orientação sexual. Enquanto identidade de gênero refere-se a como a pessoa se identifica, a orientação sexual está ligada a como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Assim, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. (BRASIL, 2016).

Tabela 4- **Raça/Cor/Etnia** das mulheres atendida. Mangaratiba-RJ, ano de notificação 2021.

Raça/Cor/Etnia	Total
Branca	168
Preta	52
Amarela	01
Parda	256
Indígena	00
TOTAL	477

Fonte: Elaborada pelo autor

Esta variável segue o padrão de auto atribuição e classificação estabelecido pelo IBGE, ou seja, a pessoa atendida/vítima é quem declara a sua raça/cor/etnia. Quando se tratar de criança, considera-se a informação do familiar, responsável ou acompanhante:

1 – Branca.

2 – Preta.

3 – Amarela (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar oriental ou de raça/cor amarela).

4 – Parda (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça ou assemelhados).

5 – Indígena (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar indígena ou índia).

9 – Ignorado (caso a pessoa/vítima esteja inconsciente ou não soube informar).

Tabela 5- **Orientação Sexual** das mulheres atendida e ano de notificação.
Mangaratiba- RJ, 2021*

Orientação Sexual	Total
Heterossexual	340
Homossexual(Gay/Lesbica)	06
Bissexual	09
TOTAL	355

Fonte: Elaborada pelo autor.

* Observação: Mulheres jovens, adultas e idosas

- 1 – Heterossexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.
- 2 – Homossexual (gays/lésbicas) – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.
- 3 – Bissexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.

As questões referentes a orientação sexual e identidade de gênero exigem um cuidado especial quando a vítima é criança ou adolescente, pois nessa fase eles(as) ainda estão em pleno processo de desenvolvimento da orientação sexual e da identidade de gênero. Nesse sentido, não cabe exigir deles (as) uma definição quanto a esses temas. Por este motivo os números acima são, apenas, referentes a Mulheres Cisgênero + Mulher Transexual quando houve informação disponível sobre a orientação sexual da mulher atendida.

Tabela 6 - Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada perpetrada contra **Gestantes**. Mangaratiba- RJ, 2021*

Gestante	Total
1º trimestre	05
2º trimestre	05
3º trimestre	03
Idade gestacional ignorada	01
TOTAL	14

Fonte: Elaborada pelo autor.

É importante aduzir que o vento da ira sexista apaga por completo a razão. Os algozes não se comoveram nem com o estado de gestação da vítima, pois 14 (catorze) delas estavam grávidas e sofreram violências física, psicológicas e sexual.

Tabela 7 - Número de violência interpessoal/ autoprovocada contra mulheres por **tipo de violência**. Mangaratiba-RJ, ano de notificação 2021. *

Tipo de violência	Total
Física	295
Psicológica/moral	355
Tortura	19
Violência sexual	30
Financeira/econômica	21
Negligência/abandono	16
Trabalho infantil:	0
Intervenção legal	1
**Outros	30

TOTAL**767**

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os números são referentes as violências perpetradas contra Mulheres Cisgênero + Mulher Transexual + crianças e adolescentes do sexo feminino.

Em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência.

**Ocorreram 14 (catorze) casos de lesão autoprovocada. A violência autoprovocada/auto infligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no Viva, requer ações de atenção integral em saúde.

No quadro acima consideramos os conceitos explicitados no Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, publicado em 2016, quais sejam:

Violência física (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode manifestar-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras.

Violência psicológica/moral: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa.

Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de: > Obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa. > Provocar ação ou omissão de natureza criminosa. > Em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei nº 9.455/1997).

Violência sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada.

Inclui, também, exposição coercitiva/ constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a).

Violência financeira/econômica: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecido como violência patrimonial.

Negligência/abandono: é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.

Trabalho infantil: é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto), inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições, por vezes, desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros.

Violência por intervenção legal: trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº 4.898/1965 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática. (BRASIL, 2016)

A fim de verificar-se o ciclo de violência criamos o quadro reincidência: onde constatou-se que muitas mulheres em situação de violência/vítimas relataram terem sofrido o mesmo tipo ou outro evento agressivo por parte do mesmo agressor outras vezes:

Tabela 8- **Reincidência**

Ocorreu outras vezes?	Total
Sim	233
Não	112
Ignorado	131

Vazia	01
TOTAL	477

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 9 - Número de notificações de violência interpessoal/ autoprovocada contra mulheres e crianças do sexo feminino por **local de ocorrência**. Mangaratiba-RJ, ano de notificação 2021. *

Local de ocorrência	Total
Residência	332
Habitação coletiva	03
Escola	00
Bar ou similar	08
Via pública	65
Comércio/serviços	14
Outro	30
Ignorado	25
TOTAL	477

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 10- **Escolaridade** das mulheres atendida

Escolaridade	Total
Analfabeto	06
1ª à 4ª série incompleta	27
4ª série completa	14
5ª à 8ª série incompleta	46
Ensino fundamental	16

Ensino médio incompleto	25
Ensino médio completo	55
Superior incompleto	16
Superior completo	09
Ignorado	220
Não se aplica	40
Vazia	03
TOTAL	477

Fonte: Elaborada pelo autor.

As categorias para o preenchimento do quadrículo são as seguintes:

0 – Analfabeto: pessoa sem escolaridade, com idade igual ou superior a 6 anos, que não frequentou a escola ou que possui baixo domínio da escrita e da leitura (por exemplo, saber escrever ou ler apenas o próprio nome).

1 – 1^a à 4^a série incompleta do EF (antigo primário ou 1^o grau): pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 4^a série do EF. Equivale a 1 a 3 anos de estudos concluídos.

2 – 4^a série completa do EF (antigo primário ou 1^o grau): pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a 4^a série do EF. Equivale a quatro anos de estudos concluídos.

3 – 5^a à 8^a série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1^o grau): pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 8^a série do EF. Equivale a 5 a 7 anos de estudos concluídos.

4 – Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1^o grau): pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do EF. Equivale a oito anos de estudos concluídos.

5 – Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau): pessoa que frequentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a última série do ensino médio. Equivale a 8 a 11 anos de estudos concluídos.

6 – Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau): pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do ensino médio. Equivale a 12 anos de estudos concluídos.

7 – Educação superior incompleta: pessoa que frequentou ou está frequentando a universidade sem ter concluído o 3º grau.

8 – Educação superior completa: pessoa que frequentou a universidade até concluir, com aprovação, o 3º grau.

9 – Ignorado: a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente).

10 – Não se aplica: pessoa com idade inferior a 6 anos e pessoa com comprometimento mental. Ex.: paralisia cerebral moderada ou grave.

Vazia = o quadrículo com o código correspondente à escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima não foi preenchido.

Tabela 11- Vínculo entre o(s) provável(is) autor(es) da agressão e a pessoa atendida/vítima

Vínculo/grau de parentesco	Total
Pai	41
Mãe	20
Padrasto	18
Cônjuge	116
Ex-cônjuge	70

Namorado(a)	16
Ex-namorado(a)	16
Filho(a)	19
Irmão(ã)	22
Amigo(a)/conhecido(a)	48
Desconhecido(a)	18
Cuidador(a)	02
Patrão/chefe	00
Relação institucional	01
Policial/agente da lei	02
Própria pessoa	14
Outros	54
TOTAL	477

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 12 - Suspeita de uso de álcool pelo agressor(a):*

Suspeita de uso de álcool	Total
Sim	186
Não	158
Ignorado	133
TOTAL	477

Fonte: Elaborada pelo autor.

Em que pese o abuso de álcool e drogas serem prejudiciais a qualquer tipo de relação social, a violência doméstica não advém devido a problemas com o álcool, drogas ou doenças mentais. Várias agressores agrediram as mulheres sem que apresentassem qualquer um desses fatores.

3.1 A REDE DE ASSISTÊNCIA E DE PROTEÇÃO

O Manual sobre a Rede de Enfrentamento à Violência contra Mulher da Secretaria Nacional de Enfrentamento a Violência Contra Mulher, Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres- Brasília, 2011, define a rede de atendimento como um conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam a ampliação e a melhoria da qualidade do atendimento; a identificação e o encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento passando a compreender outros serviços que não somente os abrigos e as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), tais como: Centros de Referência da Mulher, defensorias da mulher, promotorias da mulher ou núcleos de gênero nos Ministérios Públicos, Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), entre outros (Brasil 2011). Assim, deve-se entender que a violência não se reduz ao setor da área da saúde, ao contrário, é um problema que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e de organizações governamentais (DELANDES, 2001).

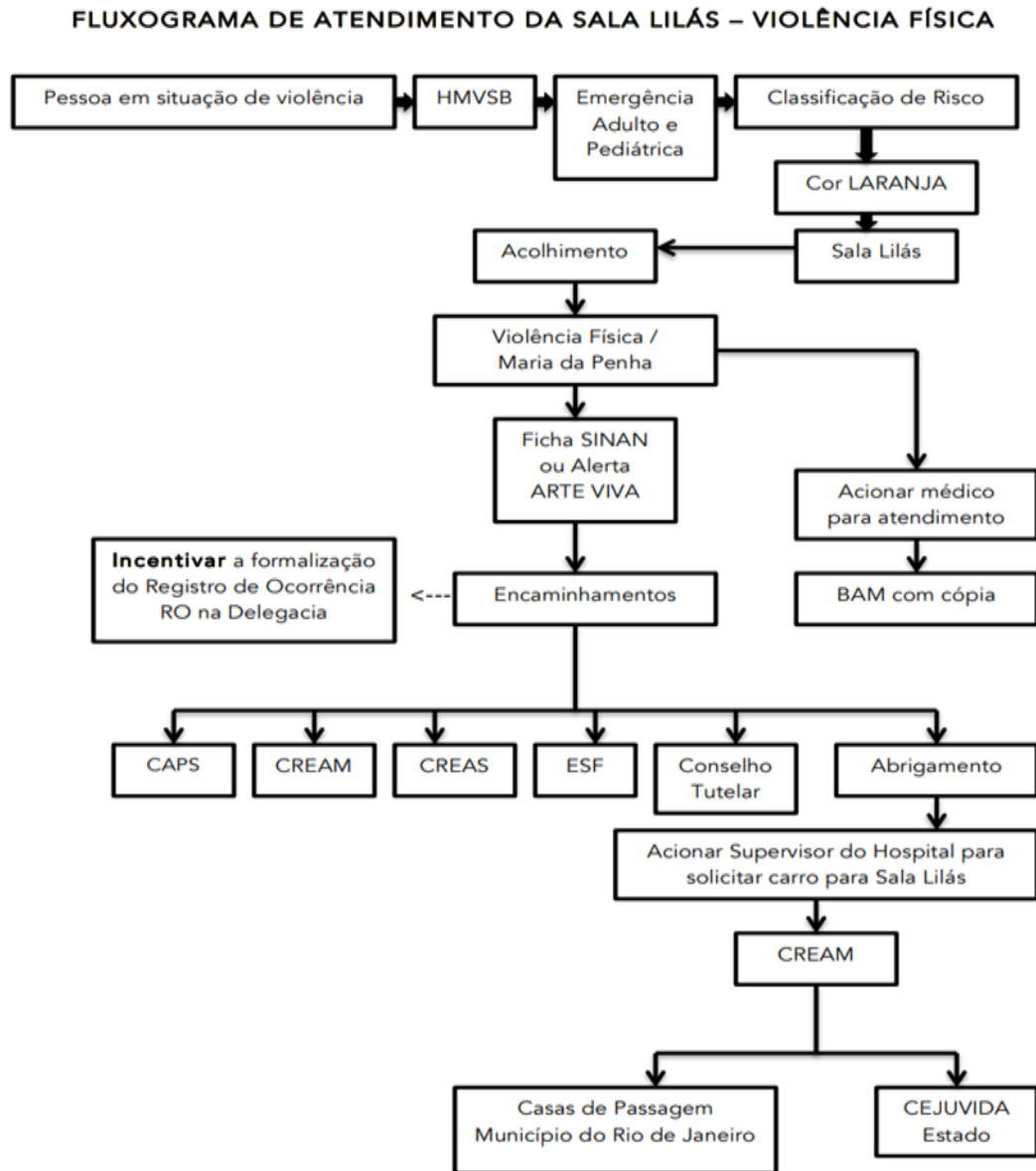
De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001, é importante desenvolver a sistematização e qualificação do atendimento às vítimas de violência com a padronização de normas, definição de fluxos, promoção de uma assistência interdisciplinar e intersetorial buscando uma articulação do setor saúde com a Rede Assistencial e de Proteção (BRASIL, 2001).

Em Mangaratiba se instituiu através da PORTARIA/SMS nº 004/2020, em 19 de novembro de 2020, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, os Protocolos de atendimento às mulheres, crianças, adolescentes, idosas e LGBTQ+ em situação de violência. Nesta portaria foi considerado o artigo 13 do ECA, que trata dos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos e crimes sexuais contra criança e adolescente onde serão, obrigatoriamente, comunicados ao Conselho Tutelar independente da vontade dos responsáveis legais e o artigo 245 do mesmo diploma legal, que trata da Infração

Administrativa por falta de comunicação as autoridades (incluindo Conselho tutelar) os casos de maus tratos, omissão, violências contra crianças e adolescentes. Considerou-se também o manual de aconselhamento em IST/ HIV/AIDS para Atenção Básica do Ministério da Saúde que visa fazer uma avaliação de riscos individuais, transcendendo a testagem rápida, contribuindo para ações educativas em saúde que reforçam e estimulam a adoção de medida de prevenção das IST/HIV e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e na plena utilização de seus direitos. Considerou-se, ainda, o art. 1º da Lei nº 12.845 de 1 de Agosto de 2013, que diz que os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social; e o art. 3º, que orienta para o atendimento imediato e obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do Sistema Único de Saúde - SUS, e compreende os seguintes serviços: I - Diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; II - Amparo médico, psicológico e social imediatos; III - Facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; IV - Profilaxia da gravidez; V - Profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST; VI - Coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; VII - Fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.

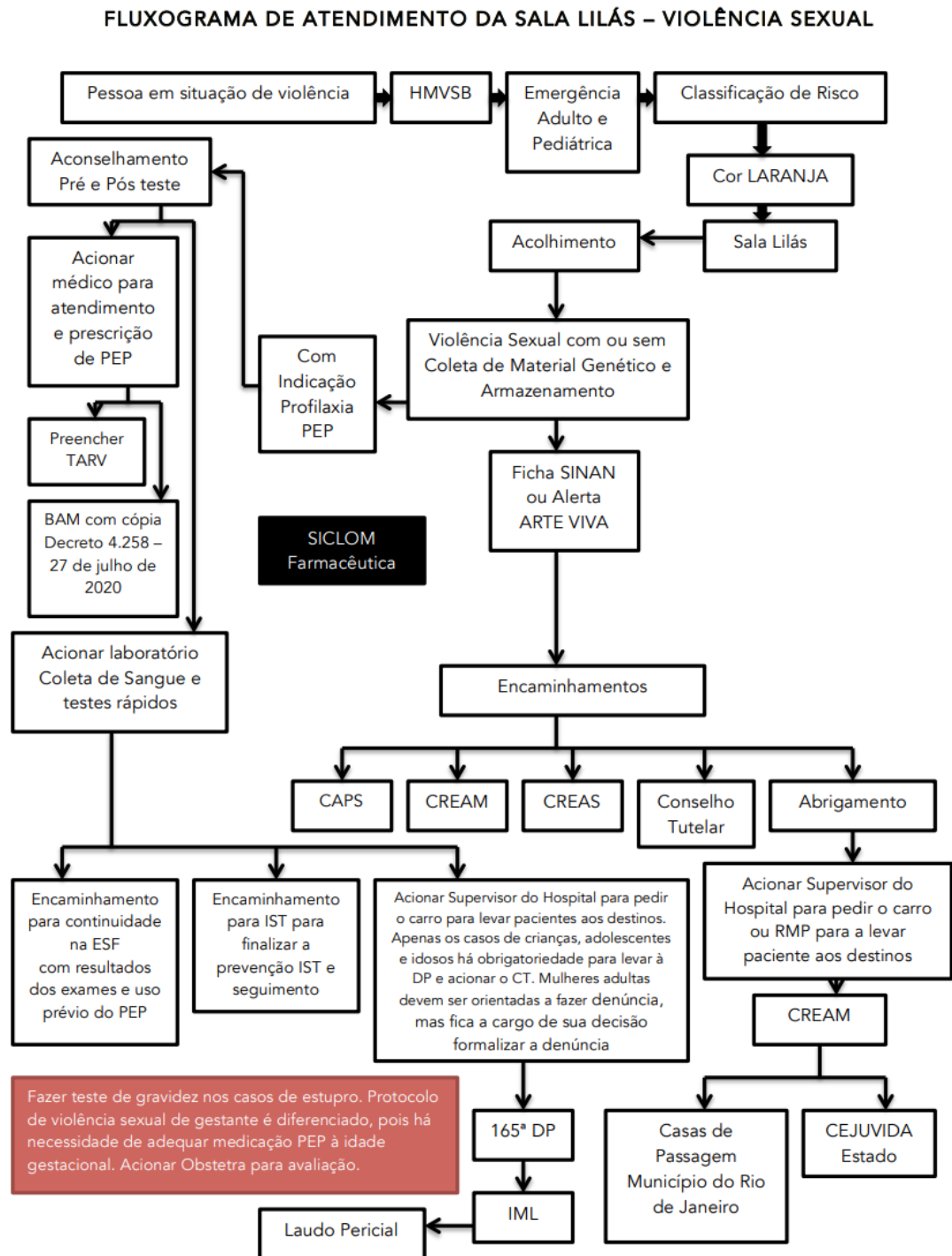
Outrossim, respeitando as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), que informa que pessoas em situação de violência têm o direito de serem acolhidas, orientadas, atendidas e encaminhadas, quando necessário, para serviços especializados da rede de saúde, de outras áreas de políticas públicas e do sistema de justiça o sistema de saúde do município de Mangaratiba adota e respeita o seguinte fluxograma:

Figura 1- Fluxograma de atendimento da Sala Lilás – Violência Física.



Fonte: Diário Oficial do Município de Mangaratiba 23 de novembro de 2020 - Ano XVI - Nº 124 (PORTARIA/SMS nº 004/2020 de 19 de novembro de 2020).

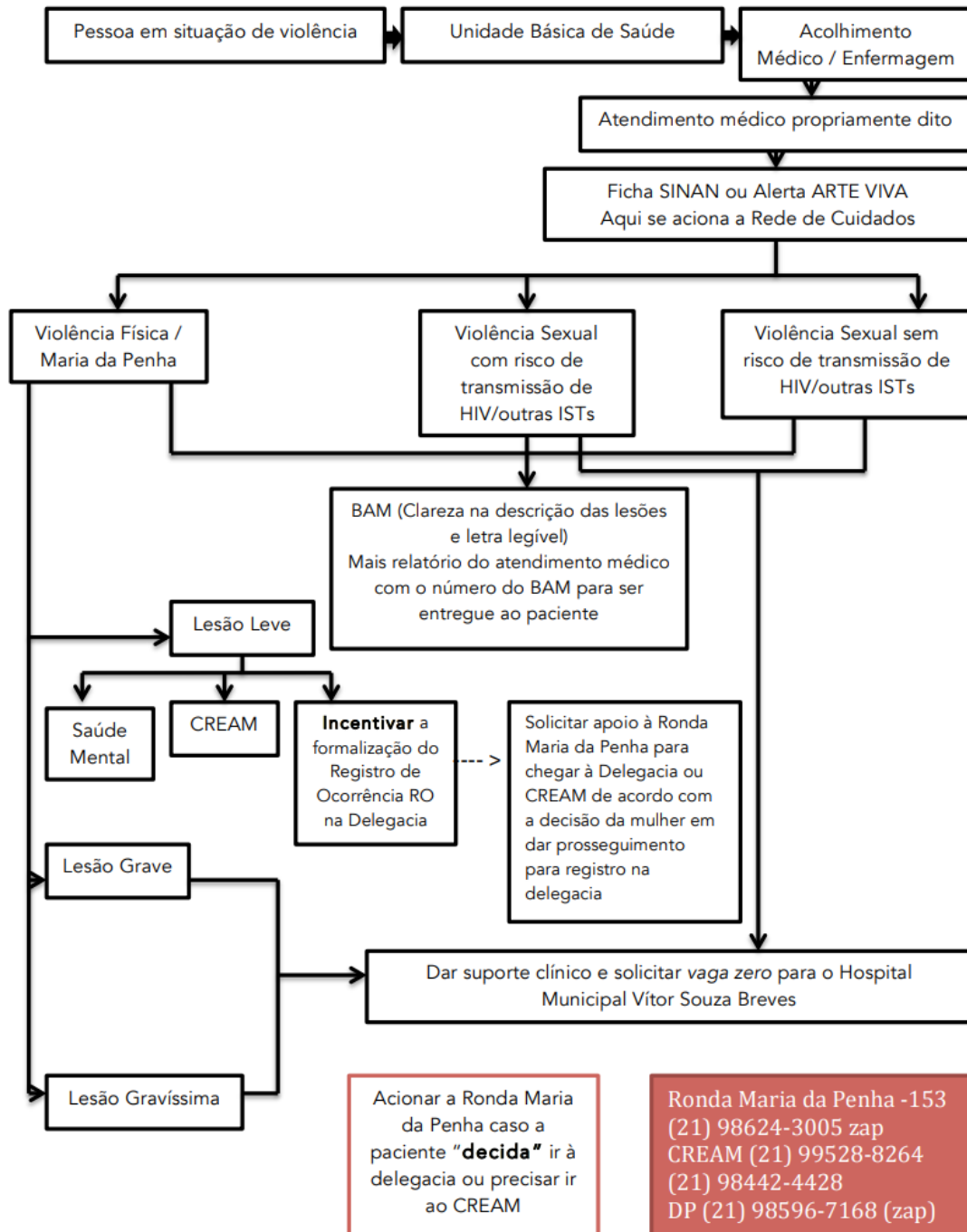
Figura 2 - Fluxograma de atendimento da Sala Lilás – Violência Sexual.



Fonte: Diário Oficial do Município de Mangaratiba 23 de novembro de 2020 - Ano XVI - Nº 124 (PORTARIA/SMS nº 004/2020 de 19 de novembro de 2020).

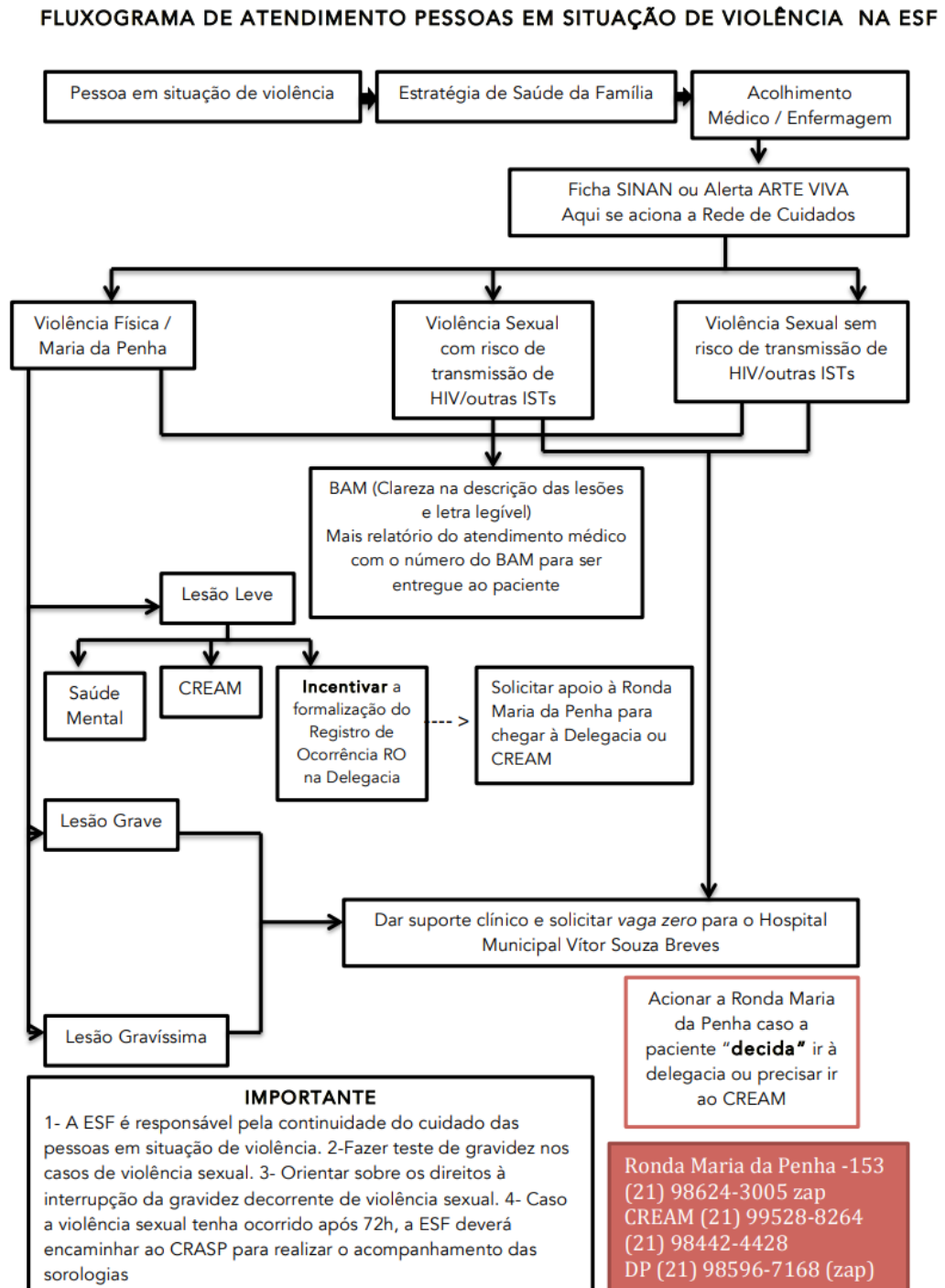
Figura 3- Fluxograma de atendimento pessoas em situação de violência na UBS.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA UBS



Fonte: Diário Oficial do Município de Mangaratiba 23 de novembro de 2020 - Ano XVI - Nº 124 (PORTARIA/SMS nº 004/2020 de 19 de novembro de 2020).

Figura 4 - Fluxograma de atendimento pessoas em situação de violência na ESF.



Fonte: Diário Oficial do Município de Mangaratiba 23 de novembro de 2020 - Ano XVI - Nº 124 (PORTARIA/SMS nº 004/2020 de 19 de novembro de 2020).

O Sistema Municipal de Saúde do Município de Mangaratiba encontra-se em fase de reorganização e, atualmente a prevenção e enfrentamento às violências é coordenada pelo programa Arte Viva. O ARTE VIVA é um programa da Secretaria Municipal de Saúde e está subordinado ao Gabinete da Secretaria de Saúde, sendo responsável por pensar, articular e gerenciar as estratégias de prevenção e enfrentamento às violências no Município de Mangaratiba. Além do trabalho de formação continuada com os profissionais das diferentes áreas e secretarias da Prefeitura, em especial, o treinamento sobre a notificação sanitária; o programa também é responsável por equipamentos que compõem a linha de cuidado às mulheres, às crianças, aos adolescentes, aos idosos, aos negros, à população LGBTQ+ e às pessoas com transtornos mentais em situação de violência por meio de projetos tais como: ARTE VIVA vai a atenção básica, ARTE VIVA vai à Escola, Sala Lilás e o COM ELES.⁴

3.2. O ARTE VIVA VAI À ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O arte viva vai à Atenção Básica em Saúde é um conjunto de ações desenvolvidas pelo arte viva em parceria com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com objetivo de instrumentalizar as Equipes da Atenção Primária em saúde com temas que orbitam em torno da questão da violência e como fazer aproximação com os usuários dos serviços de saúde de seus distritos por meio de salas de espera com assuntos relacionados aos abusos e as violências, além de melhorar o encaminhamento para acesso à Rede de Prevenção e enfrentamento as violências no município.

3.3. O PROJETO ARTE VIVA VAI À ESCOLA

O projeto Arte Viva vai à Escola é voltado para prevenção e enfrentamento às violências domésticas e familiar contra as crianças e adolescentes, por meio da formação continuada com os educadores, para habilitá-los quanto a formulação de discussões críticas sobre desigualdades entre mulheres e homens como ferramenta para romper com ciclo vicioso e muitas vezes silencioso da violência. Compreendendo ser a educação importante instrumento de transformação pessoal e social, o projeto se apoia nas discussões entre as

⁴ Informações coletadas junto aos profissionais do Programa ARTE VIVA - Núcleo de prevenção e Enfrentamento às Violências do Município de Mangaratiba.

experiências trazidas pela comunidade escolar relacionando-a aos aspectos trazidos pela Lei Maria da Penha.

3.4 SALA LILÁS

A Prefeitura de Mangaratiba, através da Secretaria de Saúde, inaugurou no dia 03 de março de 2021, no Hospital Municipal Victor de Souza Breves (HMVSB) no centro de Mangaratiba, a ‘Sala Lilás’. A inauguração da Sala Lilás aconteceu no mês em que o Programa ARTE VIVA, coordenador do projeto, completou quatro anos de existência. A Sala Lilás é um projeto do ARTE VIVA para humanização e acolhimento às mulheres, crianças, adolescentes, idosas e população LGBTQ+ em situação de violência física e/ou sexual, assegurando deste modo os direitos da pessoa agredida e a qualidade no atendimento desde o primeiro contato até os encaminhamentos necessários para o melhor desfecho para as situações. A Sala Lilás é um projeto que funciona dentro do Hospital Municipal Victor de Souza Breves, 24h por dia, de domingo a domingo e o atendimento é realizado por enfermeiras instrumentalizadas para responder de forma competente e humanizada às pessoas e a complexidade das demandas advindas das situações de violência, seja ela física e/ou sexual. Além do trabalho realizado na sala pela equipe de enfermagem, tem-se o suporte multidisciplinar, que faz parte da estrutura do trabalho, onde conta-se com a parceria da rede de apoio do próprio hospital, como também da rede de enfrentamento às violências do município, que é composta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Saúde Mental, Unidade Básica de Saúde (UBS), Programa de Saúde do Idoso, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CREAM), Ronda Maria da Penha (RMP), Conselho Tutelar e Delegacia (165ª DP - não especializada).

A Sala Lilás é, portanto, para mulheres que sofreram violência física e/ou sexual, incluindo as violências decorrentes de racismo. O atendimento também se estende às crianças, às adolescentes, às idosas e ao grupo LGBTQ+ (homossexuais femininos e masculinos). Enfatizamos, que o atendimento na Sala Lilás não se destina aos homens, sendo enquadrados na categoria de vulnerabilidade, apenas os adolescentes do sexo masculino até 17 anos, 11 meses e 29 dias. Como chegar à Sala Lilás? O acesso à Sala Lilás se dá de três modos:

1- A pessoa em situação de violência pode ir espontaneamente ao hospital ou levada pela Equipe da Ronda Maria da Penha ou por Policiais Militares.

2- Encaminhamento dos casos graves ou gravíssimos, que chegam das Unidades de Atendimento: Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família. Esses casos são atendidos na emergência do Hospital.

3- Situações de violência que estão nas enfermarias do Hospital. Todos esses casos de violência, ao darem entrada no hospital, são classificados com a cor LARANJA e a Equipe da Recepção deve acionar a Enfermeira da Sala Lilás, que coloca a pessoa que está em situação de violência na linha do cuidado.

Com a implantação Sala Lilás, o município ganhou mais um equipamento de saúde para auxiliar e agilizar o processo de acolhimento e atendimento das mulheres vítimas de violência. Nesse espaço, a mulher seja ela criança, adolescente, adulta ou idosa, que é vítima de violência recebe um atendimento especializado e humanizado sem ser exposta na recepção do hospital. Com um acolhimento sigiloso, uma escuta qualificada, onde as enfermeiras levantam todas as demandas de saúde e sociais de vulnerabilidade da vítima. Logo após esse primeiro atendimento, ela é inserida na rede de apoio composta pelas Secretarias de Assistência Social e Direitos Humanos, Educação, Saúde e Segurança, Polícias, Justiça e o Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CREAM), para que assim seja garantida a essa mulher toda a integralidade da assistência. Essa conquista é um grande diferencial e um marco histórico para a cidade. Com a implantação da Sala Lilás todo o processo de acolhimento das vítimas foi agilizado, minimizando um desgaste ainda maior das mulheres agredidas que antes eram encaminhadas para o município de Angra dos Reis para serem atendidas. Vale ressaltar que todos os profissionais da rede de apoio foram qualificados e treinados. Toda a capacitação foi coordenada pela equipe técnica do Programa Arte Viva.

3.5.PROJETO COM ELES

O Projeto COM ELES é um projeto do ARTE VIVA, que tem como proposta o acolhimento psicossocial para homens, que acontece por meio de grupos reflexivos e acompanhamentos individualizados, que visam trabalhar a relação da masculinidade tóxica e a cultura do patriarcado com os diversos tipos de violência, bem como discutir diferentes temas transversais, como saúde do homem, saúde mental, mediação de conflitos, cultura da Paz, comunicação não violenta, entre outros. O objetivo geral do projeto consiste em dar suporte aos autores de agressão ao que tange a questão de responsabilizar-se pelos atos

violentos praticados pelos próprios e reeducação e desconstrução do machismo estrutural, que está relacionado diretamente às situações de violência física, doméstica e/ou familiar. Logo, o Projeto COM ELES é destinado aos homens autores de agressão e também para aqueles que se interessam em refletir sobre o modo como a construção da masculinidade, em especial a masculinidade tóxica, se tangencia com os variados tipos de violência, além de ampliar a percepção quanto os altos custos emocionais e sócio familiares oriundos dessa relação.

- Como chegar ao Projeto COM ELES?

1- Demanda espontânea. Primeiro contato via e-mail solicitando o atendimento. Neste e-mail deve constar: Nome, Data de Nascimento, Telefone e Endereço. A Equipe retorna informando dia, hora e local do atendimento inicial.

2- Encaminhamento pela Rede Intersetorial. Primeiro contato via e-mail (E-mail para os agendamentos dos atendimentos iniciais: artevivasaude@mangaratiba.rj.gov.br). Neste e-mail deve constar: Nome, Data de Nascimento, Telefone e Endereço. A Equipe retorna informando dia, hora e local do atendimento inicial. 3- Encaminhamento pelo Tribunal de Justiça de Mangaratiba. Autores de agressão, que respondem processo pelo motivo de violência física e/ou familiar.

3.6. CREAM

O Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher Vítima de Violência (CREAM) é uma unidade voltada para mulher em situação de violência doméstica e familiar. O objetivo é oferecer suporte para as mulheres que sofrem agressões com atendimento psicológico, social e jurídico para futuras ações legais. Todas as mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade, nas questões de violência física ou psíquica tem direito a acessar a estrutura do CREAM de Mangaratiba. Não há necessidade de agendamento prévio para o atendimento. O atendimento pode ser solicitado diretamente, pela interessada, através de contato por WhatsApp ou comparecendo ao CREAM (Rua Gastão de Carvalho, 147 – Brasilinha – Itacuruçá Tel. Contato (21) 99528-8264 (WhatsApp)). Cada situação é avaliada pela Equipe de atendimento e o prazo de resposta é estabelecido em função da complexidade do caso.

Em relação ao R.O. (Registro da Ocorrência), promove-se a orientação para acompanhar; e em relação as questões psicológicas e jurídicas presta-se a assistência e

orientação na busca da solução do problema.

Dando apoio ao setor saúde existe ainda a Ronda Maria da Penha.

3.7. RONDA MARIA DA PENHA

Com o objetivo de auxiliar e dar mais segurança às mulheres do município de Mangaratiba, a Guarda Municipal de Mangaratiba (GM) conta com a Ronda Maria da Penha. O serviço funciona 24 horas por dia, promovendo rondas de verificação periódicas na cidade, recebendo denúncias a fim de atender mulheres vítimas de violência doméstica.

As equipes da Ronda Maria da Penha (RMP) também tem como objetivo realizar o acompanhamento de mulheres que possuem medidas protetivas em ativo. A atuação da patrulha funciona de forma integrada com a Secretaria Municipal de Segurança e Trânsito, a 165°DP e o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro.

Para facilitar o atendimento, a equipe da Ronda tem uma central própria para receber denúncias. As guarnições da RMP são identificadas de forma diferenciada e contam com uma oficial do sexo feminino para facilitar no acolhimento das mulheres. Todas as denúncias para a Ronda Maria da Penha devem ser feitas através do número 153 ou do WhatsApp (21) 98624-3005 da Guarda Municipal. Ao informar o assunto, a ligação ou mensagem é encaminhada diretamente para o setor responsável. O atendimento é gratuito e 24h.

Nota-se que Mangaratiba desenvolveu a sistematização e qualificação do atendimento às vítimas de violência com a padronização de normas, definição de fluxos, promoção de uma assistência interdisciplinar e intersetorial buscando uma articulação do setor saúde com a Rede Assistencial e de Proteção.

4. DISCUSSÃO

Cotidianamente, somos abalados por notícias de mulheres que foram agredidas por seus cônjuges, namorados ou ex-companheiros. Na maioria das vezes, elas já vinham sofrendo, há tempos, diversos tipos de violência.

Verificamos que um total de 477 mulheres conseguiram acessar a rede de prevenção e enfrentamento a violência do Município de Mangaratiba no ano de 2021.

A pandemia provocada pelo corona vírus tem escancarado as iniquidades contra as mulheres. Com propriedade Boaventura de Sousa Santos assevera que:

(...) a quarentena será particularmente difícil para as mulheres e, nalguns casos, pode mesmo ser perigosa; pois é sabido que a violência contra as mulheres tende a aumentar em tempos de guerra e de crise – e tem vindo a aumentar agora. Uma boa parte dessa violência ocorre no espaço doméstico. O confinamento das famílias em espaços exíguos e sem saída pode oferecer mais oportunidades para o exercício da violência contra as mulheres (SANTOS,2020, p. 15/32).

Primeiro, é preciso ressaltar que a violência contra as mulheres é um fenômeno que atinge todas as mulheres, independentemente de classe social, idade, raça, etnia, renda, religião, nível cultural e escolaridade.

A violência contra a mulher surge da relação de dominação/subordinação, de modo que ela sofre as agressões pelo fato de ser mulher. Portanto se faz necessário indicarmos as lições de Carmen Campos, segundo:

[as] relações sociais entre sexos são hierárquicas e organizadas para manter a dominação masculina e a subordinação feminina. Nesse sentido, a desigualdade entre os sexos é sexualizada e a relação entre sexualidade e poder adquire um papel fundamental na subordinação das mulheres. [...] Para as mulheres, a subordinação é sexualizada de um modo que a dominação está para os homens como prazer, tanto quanto a feminilidade, como identidade de gênero, para as mulheres. (CAMPOS, Carmen Hein de. Criminologia feminista – teoria feminista e crítica às criminologias. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017, p. 161-162)

Nosso estudo ressalta conforme (Chauí, 1986) que "quando uma mulher sofre violência doméstica, ela sofre em razão de uma situação de assimetria de poder estrutural, que cria condições materiais, culturais e ideológicas para que esse tipo de violência – relacionada à dominação de um grupo – ocorra"

A vitimização de mulheres em todos os ciclos de vida constitui-se em grave violação aos direitos humanos, com gravíssima repercussão na saúde biopsicossocial das mulheres. Os resultados apontam para um quadro de sexismo semelhante ao observado em todo o território brasileiro. A violência de gênero segundo Saffioti (O Poder do Macho,1987) “é tudo que tira os direitos humanos numa perspectiva de manutenção das desigualdades hierárquicas

existentes para garantir obediência, subalternidade de um sexo a outro. Trata-se de forma de dominação permanente e acontece em todas as classes sociais, raças e etnias”.

As mulheres independentemente de sua educação formal, são vítimas de agressões cotidianas que resultam em sequelas temporárias e/ou permanentes (Tabela 10).

A ameaça de agressão é constante, visto os maiores agressores serem pessoas de convívio familiar, principalmente cônjuge e ex-cônjuges (Tabela 11).

A respeito do perfil étnico racial ressaltamos que apesar de o registro feito nas fichas ter seu preenchimento dividido entre branca, preta, parda, amarela e indígena entendemos que as mulheres negras (pardas e pretas) foram as mais vitimadas em todos os tipos de violência - tabela 6: (53,66%) se declararam pardas; (10,90%) pretas e (35,22%) brancas - (Tabela 4). O termo raça é uma escolha política adequada para o Brasil posto que a forma como se dá a discriminação racial no país, desenvolve-se não apenas a partir de elementos da identidade étnica de determinado grupo, mas, também em razão dos aspectos físicos possíveis de serem observados na estética corporal dos membros desse grupo (GOMES, 2005, p. 45). Ou seja, “raça ainda é o termo que consegue dar a dimensão mais próxima da verdadeira discriminação contra os negros, ou melhor, do que é o racismo que afeta as pessoas negras da nossa sociedade” (STELZER; KRILLOS, 2019, p.177 apud GOMES, 2005, p. 45).

Embora exista o mito de que mulheres grávidas estariam menos sujeitas a agressões, verificou-se que isto não é realidade (tabela 6). Existem diversos fatores que podem desencadear as situações de violência, entre os quais: “o aumento do custo financeiro para a família com a chegada de mais um membro; a responsabilização exclusiva ou mesmo a culpabilização da mulher pela gestação não planejada; a dúvida da paternidade” (BONFIM, 2008, p. 115). Dentre as violências sofridas ao longo de 2021, as psicológicas/moral foram as mais relatadas (46,28%), seguidas das físicas (38,46%), sexual (3,91%), Financeira/econômica (2,73%) negligência (2,08%) Intervenção legal (0,13%) - conforme nos mostra a Tabela - 7. Em sintonia com os dados, Saffioti (2004) assim proclama:

“Feridas do corpo podem ser tratadas com êxito num grande número de casos. Feridas da alma podem, igualmente, ser tratadas. Todavia, as probabilidades de sucesso, em termos de cura, são muito reduzidas e, em grande parte dos casos, não se obtém nenhum êxito” (SAFFIOTI, 2004, p. 19).

A violência doméstica expõe as mulheres ao rebaixamento pessoal, conforme explicita Axel Honnet:

Aquelas formas de maus tratos práticos, em que são tiradas violentamente de um ser humano todas as possibilidades de livre disposição de seu corpo, representam a espécie mais elementar de rebaixamento pessoal. A razão disso é que toda a tentativa de se apoderar do corpo de uma pessoa, empreendida contra a sua vontade e com qualquer intenção que seja, provoca um grau de humilhação que interfere destrutivamente na autorrelação prática de um ser humano, com mais profundidade do que outras formas de desrespeito; pois a particularidade dos modos da lesão física, como ocorrem na tortura ou na violação, não é constituída, como se sabe, pela dor puramente corporal, mas por sua relação com o sentimento de estar sujeito à vontade de um outro, sem proteção, chegando a perda do senso de realidade (HONNETH, 2003, p. 214-215).

A violência contra as mulheres constitui ofensa contra a dignidade humana. Na Lei Maria da Penha estão previstos cinco formas de violência doméstica e familiar contra a mulher quais sejam: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial – Capítulo II, art. 7º, incisos I, II, III, IV e V:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (Lei 11.340 - Lei Maria da Penha)

Assim, das palavras estampadas no artigo 7º do diploma legal observa-se que a violência contra a mulher se manifesta de várias formas. Qualquer uma dessas perversas formas de agressão constitui ato de violação dos direitos humanos que pode causar morte, dano ou sofrimento sexual, físico ou psicológico para a mulher (Lei 11.340 - Lei Maria da Penha). Além do enorme impacto na morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre as pessoas, com enorme aumento dos

custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, perpetuam-se entre as gerações futuras. (BRASIL, 2017).

Em 2021 não houve no município de Mangaratiba nenhuma estatística de óbito por Femicídio. No entanto houve diversos casos gravíssimos de violência perpetradas contra mulheres. A exemplo podemos citar um caso noticiado nos jornais de Mangaratiba: em novembro de 2021, numa casa do bairro da Ribeira em Mangaratiba, um homem de 40 anos deu um soco no rosto de sua companheira, que desmaiou. Ele aproveitou-se que ela estava inconsciente, enrolou-a em um edredom jogou gasolina e ateou fogo. Policiais da 165 DP, depois de ouvirem a vítima no hospital onde ela ficou internada por causa das queimaduras por todo o corpo, conseguiram prendê-lo.

Na maioria dos casos analisados as mulheres já vinham, há algum tempo, sofrendo diversos tipos de violência, porém as agressões só chegam ao conhecimento das autoridades quando as agressões são gravíssimas a ponto de culminar na tentativa de Femicídio.

4.1 CICLO DE VIOLÊNCIA

A violência doméstica tem várias faces e especificidades. Lenore Walker, psicóloga norte-americana leciona que as agressões cometidas em um contexto conjugal ocorrem dentro de um ciclo (tensão, agressão e lua de mel) que é constantemente repetido (em alguns casos, o ciclo da violência termina com o femicídio, (WALKER, 1979). É necessário ressaltar que o Femicídio é o assassinato de uma mulher pela condição de ser mulher. O crime de Femicídio íntimo está previsto na legislação desde a entrada em vigor da Lei nº 13.104/2015, que alterou o art. 121 do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848/1940), prevendo o Femicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. Ao incluir no Código Penal o Femicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, o Femicídio foi acrescentado ao rol dos crimes hediondos (Lei nº 8.072/1990. A pena prevista para o homicídio qualificado é de reclusão de 12 a 30 anos.

Deste modo, o assassinato de uma mulher cometido por razões da condição de sexo feminino, isto é, quando o crime envolve: “violência doméstica e familiar e/ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher:

O femicídio representa a última etapa de um continuum de violência que leva à morte. Seu caráter violento evidencia a predominância de relações de gênero hierárquicas e desiguais. Precedido por outros eventos, tais como abusos físicos e psicológicos, que tentam submeter as mulheres a uma lógica de dominação masculina e a um padrão cultural de subordinação que foi aprendido ao

longo de gerações”. Lourdes M.. Artigo: Femicídio: a última etapa do ciclo da violência contra a mulher, publicado em: 11/10/2013. Disponível em: <https://www.compromissoeatitude.org.br/femicidio-a-ultima-etapa-do-ciclo-da-violencia-contra-a-mulher-por-lourdes-bandeira/>

O Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Violência contra a Mulher (CPMI) do Congresso Nacional consignou que:

O feminicídio é a instância última de controle da mulher pelo homem: o controle da vida e da morte. Ele se expressa como afirmação irrestrita de posse, igualando a mulher a um objeto, quando cometido por parceiro ou ex-parceiro; como subjugação da intimidade e da sexualidade da mulher, por meio da violência sexual associada ao assassinato; como destruição da identidade da mulher, pela mutilação ou desfiguração de seu corpo; como aviltamento da dignidade da mulher, submetendo-a a tortura ou a tratamento cruel ou degradante.” (BRASIL, 2013, p. 1003).

Entendemos que muitas mulheres desconhecem o ciclo de violência, mesmo assim relataram terem sido agredidas outras vezes conforme observa-se na tabela (8- reincidência).

Maria da Penha que oferece sua história de vida⁵ como uma forma de contribuir com transformações urgentes, pelos direitos das mulheres a uma vida sem violência em seu site insititucional informa e descreve assim o ciclo exposto por (WALKER, 1979):

FASE 1

AUMENTO DA TENSÃO

Nesse primeiro momento, o agressor mostra-se tenso e irritado por coisas insignificantes, chegando a ter acessos de raiva. Ele também humilha a vítima, faz ameaças e destrói objetos.

A mulher tenta acalmar o agressor, fica aflita e evita qualquer conduta que possa “provocá-lo”. As sensações são muitas: tristeza, angústia, ansiedade, medo e desilusão são apenas algumas.

⁵ Decidi escrever o livro *Sobrevivi... posso contar* em 1994, logo após o primeiro julgamento do meu agressor, quando ele foi condenado, mas saiu do fórum em liberdade por conta de recursos dos advogados de defesa. Nesse momento, eu me senti órfã do Estado e decidi contar a minha história em um livro, pois se a Justiça não era capaz de condená-lo, os leitores poderiam fazer isso depois de lerem a minha história e os autos do processo. Foi assim que esse livro chegou às mãos de organizações não governamentais internacionais (CEJIL e CLADEM), que me perguntaram se eu aceitava denunciar o Estado brasileiro à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA. Fizemos a denúncia e, em 2001, o Brasil foi responsabilizado internacionalmente pela forma negligente com que tratava os casos de violência doméstica e “obrigado” a mudar as leis do País. Nessa época, estava sendo formado o ambiente de criação da Lei Maria da Penha, que foi sancionada em agosto de 2006.

Fonte <https://www.institutomariadapenha.org.br/entrevista-com-maria-da-penha.html>

(WALKER, Lenore. *The battered woman*. New York: Harper and How, 1979.)
(<https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>)

Em geral, a vítima tende a negar que isso está acontecendo com ela, esconde os fatos das demais pessoas e, muitas vezes, acha que fez algo de errado para justificar o comportamento violento do agressor ou que “ele teve um dia ruim no trabalho”, por exemplo. Essa tensão pode durar dias ou anos, mas como ela aumenta cada vez mais, é muito provável que a situação levará à Fase 2.

FASE 2

ATO DE VIOLÊNCIA

Esta fase corresponde à explosão do agressor, ou seja, a falta de controle chega ao limite e leva ao ato violento. Aqui, toda a tensão acumulada na Fase 1 se materializa em violência verbal, física, psicológica, moral ou patrimonial.

Mesmo tendo consciência de que o agressor está fora de controle e tem um poder destrutivo grande em relação à sua vida, o sentimento da mulher é de paralisia e impossibilidade de reação. Aqui, ela sofre de uma tensão psicológica severa (insônia, perda de peso, fadiga constante, ansiedade) e sente medo, ódio, solidão, pena de si mesma, vergonha, confusão e dor.

Nesse momento, ela também pode tomar decisões – as mais comuns são: buscar ajuda, denunciar, esconder-se na casa de amigos e parentes, pedir a separação e até mesmo suicidar-se. Geralmente, há um distanciamento do agressor.

FASE 3

ARREPENDIMENTO E COMPORTAMENTO CARINHOSO

Também conhecida como “lua de mel”, esta fase se caracteriza pelo arrependimento do agressor, que se torna amável para conseguir a reconciliação. A mulher se sente confusa e pressionada a manter o seu relacionamento diante da sociedade, sobretudo quando o casal tem filhos. Em outras palavras: ela abre mão de seus direitos e recursos, enquanto ele diz que “vai mudar”. Há um período relativamente calmo, em que a mulher se sente feliz por constatar os esforços e as mudanças de atitude, lembrando também os momentos bons que tiveram juntos. Como há a demonstração de remorso, ela se sente responsável por ele, o que estreita a relação de dependência entre vítima e agressor.

Um misto de medo, confusão, culpa e ilusão fazem parte dos sentimentos da mulher. Por fim, a tensão volta e, com ela, as agressões da Fase 1.

Verificou-se em nossa pesquisa que muitas vítimas relataram que o mesmo tipo de evento havia ocorrido outras vezes (tabela 8):

As violências repetem-se em todos os aspectos de suas vidas. Começam devagar, como abdicar de um desejo para atender ao desejo do outro. Depois, submetem-se às palavras mal-ditas e em seguida seus corpos se colocam passivamente, mas não sem consentimento, disponível para a colocação em ato do pior. E nos piores dos casos, o limite chega a ser a morte literal. A mídia e as estatísticas não nos poupam de notícias de mulheres assassinadas por seus companheiros, depois de reiteradas situações de intensos maus-tratos (GÓES, 2019, apud NAVES, 2014, p. 457).

Em regra as mulheres que vivenciam situações de violência procuram ajuda nas unidades de saúde relatando ansiedade, insônia, nervosismo, palpitações, ou perturbações

digestivas vagas que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência em seu cotidiano (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2002). Essas questões só podem ser interpretadas se a relação entre profissionais e usuárias considerarem a escuta ativa – que consiste no:

engajamento no sentido de estar "com", tentando desenvolver no outro o sentimento de "ser compreendido"; a aceitação do outro, além do que se pensa ou do que ele diz, que permite desenvolver uma aceitação compreensiva e não normativa; a empatia, que é o esforço para compreender os sentimentos das outras pessoas e não apenas suas ideias; a confiança, que é construída no desenrolar da relação de consulta e se desenvolve a partir de uma tomada de consciência das próprias emoções do profissional e do manejo adequado na direção da ação terapêutica e, por fim, a ausência de julgamento que, acredita-se, pode tornar-se forte aliada no sentido de que julgar negativamente uma conduta do paciente (das mulheres neste caso) nem sempre resulta no desencadeamento de atitude adequada”(LOPES; SILVA, 2004, p. 685-688).

Muitas mulheres quando chegam aos serviços de saúde, após uma escuta ativa, decidem denunciar o seu agressor(a), contudo afirmam que ainda passam, muitas vezes, pela violência institucional. Isso acontece devido a vários motivos, como a falta de informação e sensibilidade em relação à violência de gênero. Assim é urgente a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde e da segurança pública, pois eles devem atuar de acordo com o que é previsto em lei, e não conforme as suas motivações pessoais, que na maioria das vezes são sexistas e vitimizam novamente as mulheres.

Percebemos que as mulheres agredidas escondem as situações de violência doméstica devido ao sentimento de vergonha que sentem, implicando em uma passividade maior frente a situação vivenciada pois a vergonha envolve sentimentos de desonra, humilhação, rebaixamento frente a outros, insegurança, medo do julgamento das pessoas (GOÉS, 2019). Ao serem vítimas de violência doméstica as mulheres sentem que perderam a sua dignidade, e por este motivo se sentem envergonhada; no entanto, muitas dessas mulheres, ao serem atendidas pelo setor saúde ali iniciam o seu processo de rompimento do silêncio ou seja essa rota crítica. “Esse caminho de tentar sair de relações conjugais violentas” (GOÉS, 2019).

Consideramos que sair de um ciclo de violência é um processo difícil e doloroso e Entendemos que o atendimento humanizado fortalece a decisão de começar ou permanecer na busca de ajuda para a libertação do ciclo de violência.

4.2 VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES TRANS E AS TRAVESTIS

Neste capítulo começamos dizendo o óbvio que mulher trans mulher é.

Segundo Gomes (2012), "o verdadeiro objetivo da Lei Maria da Penha seria punir, prevenir e erradicar a violência doméstica e familiar contra a mulher em virtude do gênero e não por razão do sexo". Por isso, aduz que " não abranger a Lei Maria da Penha a lésbicas, travestis, transexuais seria afrontar os princípios constitucionais da igualdade, da Liberdade sexual e da dignidade da pessoa humana."

Dados divulgados em janeiro de 2022 pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais revelam que no ano de 2021, foram registrados 140 assassinatos de pessoas trans no Brasil. Deste total, 135 tiveram como vítimas travestis e mulheres transexuais e cinco vitimaram homens trans e pessoas transmasculinas.

Como já relatado, foram notificados 04 quatro casos de violência contra mulheres transexuais no município de Mangaratiba (Tabela 3). Importa enfatizar que o conceito de gênero não pode ser empregado sem que se saiba exatamente o seu significado.

Várias são as discussões feministas em torno da terminologia gênero e, neste locus, pertinente é a inclusão do pensamento filosófico de Buthler, acerca de gênero, segundo a qual:

a forma mais ordinária de reprodução das identidades de gênero acontece nas diferentes maneiras que corpos são colocados em relação às expectativas profundamente enraizadas e sedimentadas sobre existências atribuídas de gênero. Existe uma sedimentação das normas de gênero que produz o fenômeno peculiar do sexo natural, ou da mulher de verdade, ou qualquer outra ficção social que se faça presente e seja convincente; essa sedimentação tem produzido, ao longo do tempo, um conjunto de estilos corporais que, de maneira reificada, são apresentados como configuração natural dos corpos, divididos em sexos que se relacionam de maneira binária" (BUTLER, Judith. Atos performáticos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista, In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). Pensamento Feminista, conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 220.).

Ela Wiecko de Castilho bem aclara que:

O sexo é uma categoria biológica insuficiente para explicar os papéis sociais atribuídos ao homem e à mulher. 'Gênero' veio como uma categoria de análise das ciências sociais para questionar a suposta essencialidade da diferença dos sexos, a ideia de que mulheres são passivas, emocionais e frágeis; homens são ativos, racionais e fortes. Na perspectiva de gênero, essas características são produto de uma situação histórico-cultural e política; as diferenças são produto de uma construção social. Portanto, não existe naturalmente o gênero masculino e feminino. Gênero é uma categoria relacional do feminino e do masculino. Considera as

diferenças biológicas entre os sexos, reconhece a desigualdade, mas não admite como justificativa para a violência, para a exclusão e para a desigualdade de oportunidades no trabalho, na educação e na política. É um modo de pensar que viabiliza a mudança nas relações sociais e, por consequência, nas relações de poder. É um instrumento para entender as relações sociais e, particularmente, as relações sociais entre mulheres e homens.” (CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de. O que é Gênero Dicionário de Direitos Humanos da ESMPU (Disponível em <http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tikiindex.php>. Acesso em: 17 agosto 2022).

Assim, podemos afirmar que as relações de gênero podem ser estudadas a partir das identidades feminina e masculina. Gênero é mote cultural, social, e significa interações entre homens e mulheres. Uma apreciação de gênero pode descrever essas dinâmicas e trazer a luzes que essas relações são baseadas em poder e produzem injustiça no contexto do patriarcado. O decreto presidencial nº 8.727, de 28 de abril de 2016 assinado pela presidenta DILMA ROUSSEFF dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional considera:

- I - nome social - designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida; e
- II - identidade de gênero - dimensão da identidade de uma pessoa que diz respeito à forma como se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade e como isso se traduz em sua prática social, sem guardar relação necessária com o sexo atribuído no nascimento.

O uso do nome social em prontuários e atendimentos é uma das estratégias de humanização preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009; é também um direito dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde (conforme Portaria MS/GM no 1.820, de 13 de agosto de 2009, art. 4, I). Não considerar e respeitar o nome social de travestis ou transexuais constitui uma forma de violência institucional contra essas pessoas. (VIVA, 2016); pessoa travesti ou transexual poderá requerer, a qualquer tempo, a inclusão de seu nome social em documentos oficiais e nos registros dos sistemas de informação, de cadastros, de programas, de serviços, de fichas, de formulários, de prontuários e congêneres dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

É necessário portanto, lembrar de conhecimento de termos lecionados por Jaqueline Gomes de Jesus em 2012:

- Mulher transexual é a pessoa que nasceu com sexo masculino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. Mulher transexual portanto é toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como mulher. (JESUS, 2012).

- Travesti é a pessoa do sexo masculino que vivencia papéis de gênero feminino, mas não se reconhece como homem ou mulher, entendendo-se como integrante de um terceiro gênero ou de um não-gênero (JESUS, 2012). Referir-se a ela sempre no feminino, o artigo “a” é a forma respeitosa de tratamento.

- Homem transexual: pessoa que nasceu com sexo feminino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino. Assim, Homem transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como homem (JESUS, 2012).

Minayo ensina que a “violência é o uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades” (MINAYO, 2013, p. 23) e Jaqueline Gomes de Jesus psicóloga e mulher trans, doutora em Psicologia Social e do Trabalho explicita que ao longo da história, a população trans é estigmatizada, marginalizada e perseguida, devido à crença na sua anormalidade, decorrente do estereótipo de que o “natural” é que o gênero atribuído ao nascimento seja aquele com o qual a pessoa se identifica e, portanto, espera-se que ela se comporte de acordo com o que se julga ser o “adequado” para esse ou aquele gênero (JESUS, 2012) e que “as violações contra as mulheres trans, geralmente, repetem o padrão dos crimes de ódio, causados por preconceito contra determinadas características da pessoa agredida que a identifique como parte de um grupo discriminado” (JESUS, 2012). Nos ensina ainda Jaqueline Gomes de Jesus que o termo “travesti” é antigo, muito anterior ao conceito de “transexual”, e por isso muito mais utilizado e consolidado em nossa linguagem, quase sempre em um sentido pejorativo, como sinônimo de “imitação”, “engano” ou de “fingir ser o que não se é” e que a nossa sociedade tem estigmatizado fortemente as travestis, que sofrem com a dificuldade de serem empregadas, mesmo que tenham qualificação, e acabam, em sua maioria, sendo, em grande parte, excluídas das escolas, repudiadas no mercado de trabalho formal e forçadas a sobreviverem na marginalidade, em geral como profissionais do sexo. (JESUS, 2012)

Entretanto, é fundamental reforçar que nem toda travesti é profissional do sexo. É importante ressaltar que a maioria das travestis, independentemente da forma como se reconhecem, preferem ser tratadas no feminino, considerando insultoso serem adjetivadas no masculino.

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros e Intersexuais foram e são alvo de discriminação que se expressa na posição de rejeição assumida, na maioria das vezes, pela família. Como também, nos ambientes de trabalho, religiosos, de participação política, nos espaços de lazer, de amizade e em praticamente todas as dimensões das relações humanas.

As questões referentes a orientação sexual e identidade de gênero e exigem um cuidado especial quando a vítima é criança ou adolescente, pois nessa fase eles(as) ainda estão em pleno processo de desenvolvimento da orientação sexual e da identidade de gênero. Nesse sentido, não cabe exigir deles(as) uma definição quanto a esses temas.

Ao verificarmos as fichas refletimos que as pessoas transgênero são obrigados a assumir nos espaços públicos e nos espaços privados “uma identidade discreta”, levando uma “vida dupla”. O que promove um grande ‘conflito indentitário’, capaz de fazer com que os indivíduos não consigam descrever a si mesmos.

... Receber correspondências, passar pela portaria de um condomínio, ir a uma festa comunitária, compartilhar o espaço do elevador, comprar pão na padaria da esquina, ir ao supermercado, o pagar o aluguel, podem se converter de atividades triviais em atividades altamente embaraçosas e complexas, especialmente quando o indivíduo era conhecido como pertencente a um gênero e passa a afirmar, especialmente, no mesmo espaço de moradia, seu pertencimento a outro gênero. (SANTOS e ALMEIDA, 2014)

O Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021", desenvolvido e divulgado pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (Antra), assim se posiciona:

O sentido inferiorizante das identidades de trans, assim como o desejo de manter essa população invisibilizada e em um lugar subalterno gera engajamento e tem promovido adoecimento, contribuindo para a vulnerabilização e criminalização de pessoas trans e Não Binárias, com diversos casos sendo denunciados em perfis no Twitter, Instagram, TikTok, Facebook e grupos de WhatsApp/Telegram. Dentre eles, diversos ataques organizados pela aliança entre grupos historicamente LGBTIfóbicos, políticos de extrema direita, milícias paramilitares e grupos neonazistas que ganharam força desde a eleição do atual governo, líderes religiosos fundamentalistas, diversos grupos que compõem as redes bolsonaristas, grupos de Lésbicas, Gays e Bissexuais cisgêneros antitrans e do feminismo radical trans excludente (RADFEM/TERF) tem se mobilizado em torno de construir, fortalecer e disseminar narrativas antitrans que incitam o ódio, o medo e a desumanização de travestis e demais pessoas trans. Seja por ação ou por omissão, muitos estados têm se furtado de reconhecer a existência de uma violência específica, que inclui a orientação sexual e/ou a identidade de gênero das pessoas como fator determinante dessa violência e das violações de direitos humanos, sociais e políticos, e pautar política de enfrentamento das mesmas, que garantam dignidade, respeito, proteção e a garantia dos direitos as pessoas trans e Não-Binárias.

[...] A influência religiosa junto ao estado se agrava em momentos de crise e faz crescer um forte sentimento conservador com ideais misóginos, machistas e LGBTIfóbicos, promovendo ataques a democracia, ameaças ao estado laico, enfraquecimento de políticas sociais e de apoio ao trabalhador. Contribuindo de forma direta para o cenário distópico que temos vivenciado e colocando mulheres, pessoas negras e LGBTQIA+ em risco aumentado de violências, como evidenciado por todas as organizações de direitos humanos com seus dados produzidos sobre intensa violência contra os defensores de direitos humanos e de proteção a grupos minorizados.

[...] O projeto de governo autoritário, patriarcal, negacionista, anti-científico, anti-direitos humanos, anti-gênero, antiLGBTQIA+ coloca um desafio ainda maior quando vemos o aparelhamento das instituições do estado, o fortalecimento de correntes alinhadas com ideologias fascistas que unem a base bolsonarista no executivo e no legislativo, nos estados e municípios, e avança no judiciário com a indicação de mais um ministro “terrivelmente evangélico”, fundamentalista e subserviente ao presidente. Consolidando-se como um dos piores cenários para a democracia e especialmente para as pessoas LGBTQIA+.

[...] A realidade é que pessoas trans não tem proteção e tampouco se sentem seguras em existir e viver em uma sociedade cissexista, que desumaniza essas existências, incluindo os requintes de crueldade. E onde o próprio estado, governos e agentes público tem sido parte do problema sob diversas óticas (BENEVIDES, Bruna G. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021 (Org). – Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022. p 9-15. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022- web.pdf>. Acesso em: mar. 2022, destaquei).

Uma das maiores inovações da Lei Maria da Penha são as medidas protetivas de urgência, com o objetivo de assegurar a integridade das vítimas e fazer cessar a situação de violência para que esta não se agrave.

Ressalto que a Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça decidiu no dia 05 de abril de 2022 (Recurso Especial nº 1977124 - SP (2021/0391811-0) que a Lei Maria da Penha, que protege as vítimas de violência doméstica, pode ser aplicada para mulheres transexuais. Essa foi a primeira vez que a questão foi julgada pelo tribunal e serve de precedente para que outras instâncias da Justiça sigam esse entendimento. A egrégia turma entendeu pela aplicação da Lei Maria da Penha a mulheres trans, nos termos dos seguintes:

“EMENTA RECURSO ESPECIAL. MULHER TRANS. VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. APLICAÇÃO DA LEI N. 11.340/2006, LEI MARIA DA PENHA. CRITÉRIO EXCLUSIVAMENTE BIOLÓGICO. AFASTAMENTO. DISTINÇÃO ENTRE SEXO E GÊNERO. IDENTIDADE. VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DOMÉSTICO. RELAÇÃO DE PODER E MODUS OPERANDI. ALCANCE TELEOLÓGICO DA LEI. MEDIDAS PROTETIVAS. NECESSIDADE. RECURSO PROVIDO. (Recurso Especial nº 1977124 - SP (2021/0391811-0)

1. A aplicação da Lei Maria da Penha não reclama considerações sobre a motivação da conduta do agressor, mas tão somente que a vítima seja mulher e que a violência seja cometida em ambiente doméstico, familiar ou em relação de intimidade ou afeto entre agressor e agredida.

2. É descabida a preponderância, tal qual se deu no acórdão impugnado, de um fator meramente biológico sobre o que realmente importa para a incidência da Lei Maria da Penha, cujo arcabouço protetivo se volta a julgar autores de crimes perpetrados em situação de violência doméstica, familiar ou afetiva contra mulheres. Efetivamente, conquanto o acórdão recorrido reconheça diversos direitos relativos à própria existência de pessoas trans, limita à condição de mulher biológica o direito à proteção conferida pela Lei Maria da Penha.

3. A vulnerabilidade de uma categoria de seres humanos não pode ser resumida tão somente à objetividade de uma ciência exata. As existências e as relações humanas são complexas e o Direito não se deve alicerçar em argumentos simplistas e reducionistas.

4. Para alicerçar a discussão referente à aplicação do art. 5º da Lei Maria da Penha à espécie, necessária é a diferenciação entre os conceitos de gênero e sexo, assim como breves noções de termos transexuais, transgêneros, cisgêneros e travestis, com a compreensão voltada para a inclusão dessas categorias no abrigo da Lei em comento, tendo em vista a relação dessas minorias com a lógica da violência doméstica contra a mulher.

5. A balizada doutrina sobre o tema leva à conclusão de que as relações de gênero podem ser estudadas com base nas identidades feminina e masculina. Gênero é questão cultural, social, e significa interações entre homens e mulheres. Uma análise de gênero pode se limitar a descrever essas dinâmicas. O feminismo vai além, ao mostrar que essas relações são de poder e que produzem injustiça no contexto do patriarcado. Por outro lado, sexo refere-se às características biológicas dos aparelhos reprodutores feminino e masculino, bem como ao seu funcionamento, de modo que o conceito de sexo, como visto, não define a identidade de gênero. Em uma perspectiva não meramente biológica, portanto, mulher trans mulher é.

6. Na espécie, não apenas a agressão se deu em ambiente doméstico, mas também familiar e afetivo, entre pai e filha, eliminando qualquer dúvida quanto à incidência do subsistema da Lei n. 11.340/2006, inclusive no que diz respeito ao órgão jurisdicional competente – especializado – para processar e julgar a ação penal.

7. As condutas descritas nos autos são tipicamente influenciadas pela relação patriarcal e misógina que o pai estabeleceu com a filha. O modus operandi das agressões – segurar pelos pulsos, causando lesões visíveis, arremessar diversas vezes contra a parede, tentar agredir com pedaço de pau e perseguir a vítima – são elementos próprios da estrutura de violência contra pessoas do sexo feminino. Isso significa que o modo de agir do agressor revela o caráter especialíssimo do delito e a necessidade de imposição de medidas protetivas. (Recurso Especial nº 1977124 - SP (2021/0391811-0))

Dos escólios expostos no acórdão mencionado refletimos que tanto a proteção das vítimas quanto a punição dos agressores são importantes no combate à violência contra todas as mulheres.

5. CONCLUSÃO

Mulheres simplesmente por serem mulheres são vítimas de diversos tipos de violências. A violência contra as mulheres constitui ofensa contra a dignidade humana. Esse fenômeno social ganhou maior visibilidade nos últimos anos.

Não obstante a possibilidade de subnotificação dos casos de violência contra a mulher em razão de fatores relacionados à pandemia como o medo da vítima de se arriscar a uma situação de contágio com o vírus da doença COVID-19 e a falta de possibilidade da vítima sair da sua residência em razão da presença e controle constante do agressor, foram notificados, no município de Mangaratiba, 477 (quatrocentos e setenta e sete) casos de violência contra mulheres em todos os ciclos de vida.

Percebemos que não existe um perfil específico de quem sofre violência doméstica. Qualquer mulher, em algum período de sua vida, pode ser vítima desse tipo de violência (Tabela 2); no entanto observamos que; as mulheres com idade entre 25 a 59 foram as maiores vítimas e que as mulheres negras (pardas e pretas) foram as mais vitimadas em todos os tipos de violência (Tabela 4).

O primeiro ambiente da violência é a residência da vítima, isto é o espaço de convívio permanente da mulher com o algoz; ali a mulher é agredida com frequência e em silêncio (Tabela 9).

Verificou-se que o maior número de casos de violência doméstica e familiar contra a mulher é cometido por homens, sejam cônjuges ou ex-cônjuge das vítimas (Tabela 11); na maioria das vezes essas agressões são motivadas por ciúmes ou pela prepotência de dominação masculina sobre o universo feminino. Todavia é mister ressaltar que uma mulher pode também ser agredida por outra na esfera da família e do lar.

A violência doméstica e familiar contra a mulher está presente em todos os níveis da sociedade não fazendo qualquer diferença a posição social e econômica ou o grau de instrução tanto da vítima (Tabela 10) quanto dos agressores.

Historicamente a mulher pelo simples fato de ser mulher é submetida a violência de gênero. Nossa pesquisa ressalta que a mulher transexual é agredida, em regra, exatamente por sua condição de ser mulher. Os dados revelaram que a maioria das mulheres transexuais foram vitimadas no lar por pessoas conhecidas; agressões sofridas no mesmo contexto cultural que conduziu o legislador a editar a Lei Maria da Penha, cuja premissa fundamental é o repúdio à violência doméstica e familiar baseada no gênero. Em que pese os esforços da Vigilância Epidemiológica em notificar as violências perpetradas contra mulheres cisgênero e

transgênero observa-se que ainda existe uma “camada de fumaça” que tornam invisíveis as mulheres transexuais e principalmente as travestis que as impedem de acessar os equipamentos e as políticas públicas de saúde (tabela 3).

Um dos grandes desafios para enfrentar a violência contra as mulheres é realizar a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização e, acima de tudo, oferecer atendimento integral, digno, humanizado e resolutivo, com menos exposição da pessoa que sofreu a violência. Visualizou-se durante a pesquisa que, em Mangaratiba, existe uma rede de enfrentamento as violências e proteção aos direitos das mulheres. Esta rede criou condições para que as mulheres denunciasses as violências que sofreram; também ajudou-lhes a descobrir que podem enfrentar de igual para igual seus agressores, fazendo valer os seus direitos. Observou-se que existe um o fluxo de atendimento que atende, notifica e encaminha as vítimas para a rede de proteção e enfrentamento as violências (Fluxograma instituído pela PORTARIA/SMS nº 004/2020 de 19 de novembro de 2020). Apontamos para a importância das lutas para uma vida sem violência e com direitos, realmente, equânimes para homens e todas as mulheres. É no dia-a-dia dos serviços, a partir da vivência com os usuários e com a política de saúde, que encontramos as possibilidades para a garantia de acesso e acolhimento das mulheres em situação de violência.

Percebemos que as mulheres que são vítimas de violências postergam por muito tempo denunciar seus algozes. Elas evitam essa denuncia a fim de assegurarem sua própria proteção e a de seus filhos e, assim, permanecem ao lado de seus agressores por medo, vergonha ou falta de recursos financeiros, sempre ansiando que as violências um dia termine, e nessa espera acabam sendo vítimas do ciclo de violência que pode resultar no Femicídio da vítima (Tabela 8- Reincidência); muitos casos de violência foram praticados em frente aos filhos menores de idade. Por conseguinte, essas crianças e adolescentes vivenciaram e sofreram a violência juntos com as mães. Isso pode ter sequelas na saúde e no desenvolvimento dessas pessoas que estão em fase desenvolvimento biopsicossocial, pois elas correm o risco de não só se tornarem vítimas da violência, mas também de reproduzirem os atos violentos dos agressores.

Ressaltamos que é preciso que o SUS capacite seus servidores para atender a população. E esse atendimento deve ser referenciado pelo respeito à dignidade da pessoa humana, pelo respeito à diversidade e pelos Direitos Humanos.

Por derradeiro, refletimos que o enfrentamento as violências contra as mulheres implica em elaboração de estratégias políticas e sociais, de setores governamentais e não

governamentais, para o combate e a redução desta mazela social que tomou status de epidemia.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. **Notícias e conteúdos sobre os direitos das mulheres brasileiras.** São Paulo, 2009. Disponível em: www.agenciapatriciagalvao.org.br. Acesso em: 4 mar. 2021.
- AGUIAR, C. et al. **Notificações de violência interpessoal/autoprovocada, no sexo feminino, nos anos de 2015 e 2016 no estado do Rio de Janeiro.** In: PINTO, A.S. et. al, (Org.).
- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524.
- BANDEIRA, Lourdes M.. Artigo: **Feminicídio: a última etapa do ciclo da violência contra a mulher**, publicado em: 11/10/2013. Disponível em: <https://www.compromissoeatitude.org.br/feminicidio-a-ultima-etapa-do-ciclo-da-violencia-contra-a-mulher-por-lourdes-bandeira>. Acesso em: 5 mar. 2021.
- BARCELOS, Maria Inês Nunes. **O trabalho das Promotoras Legais Populares no enfrentamento da violência contra a mulher.** Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9064>. Acesso em: 30 jun. 2021.
- BENEVIDES, Bruna G. **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021** (Org). – Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022. p 9-15. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022- web.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05/10/1988.
- BRASIL. **Diário Oficial do Município de Mangaratiba 23 de novembro de 2020** - Ano XVI - Nº 124 (PORTARIA/SMS nº 004/2020 de 19 de novembro de 2020).
- BRASIL. **Lei nº 8080.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
- BRASIL. **Lei nº 10.778,** de 24 de novembro de 2003. Notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos ou privados.
- BRASIL. **Lei nº 10.741,** de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da pessoa Idosa.
- BRASIL. **Lei nº 11.340,** de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.
- BRASIL. **Lei nº 12.461,** de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.
- BRASIL. **Lei nº 12.015,** de 07 de agosto de 2009 - Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

BRASIL. **Lei nº 12.845/2013**. Dispõe sobre o Atendimento Obrigatório e Integral de Pessoas em Situação de Violência Sexual.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

BRASIL. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito federal**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes**. Brasília - DF. 2017.

BRASIL, Ministério da saúde. **Notificação de Violência Interpessoal e autoprovocada**. Brasília-DF, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 16 de agosto de 2020.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 936**, de 19 de maio de 2004. Institui a Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde (PVPS) e a criação dos núcleos de PVPS.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 687**, de 30 de junho de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1968/2001**. Trata de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.406**, de 05 de novembro de 2004. Trata da notificação compulsória de violência contra a mulher.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 777**, de 28 de abril de 2004. Trata da notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1356**, de 23 de junho de 2006. Repassou recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios que permitiram viabilizar a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1876**, de 14 de agosto de 2006. Institui as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.472**, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde (Violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada).

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 485**, de 01 de março de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1271**, de 06 de junho de 2014. Define a lista nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos Serviços de Saúde Pública e Privados em todo o Território Nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.508/GM**, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei.

BRASIL. Senado Federal. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito**. Relatório Final. Brasília, julho de 2013.

BONFIM, Elisiane Gomes. **A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública**. 2008. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BUTLER, Judith. **Atos performáticos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista**, In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). Pensamento Feminista, conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 220.

CABRAL, G. **Lá vem o lobby do Batom**. In: SOS CORPO. Cadernos de Crítica Feminista: Mulheres, Participação e Democracia. Recife, ano II, n. 1, dez. 2008. p. 92-95. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1FBB8HpU53sG_03c8P18-0WOaSca6LC9y/view

CAMPOS, Carmen Hein de. **Criminologia feminista – teoria feminista e crítica às criminologias**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017, p. 161-162

CARNEIRO, Melyssa Inêz Silva; MELLO, Antônio Cesar. **A aplicabilidade da Lei Maria da Penha Para Travestis e Transexuais**, Âmbito Jurídico, 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/a-aplicabilidade-da-lei-maria-da-penha-para-travestis-e-transexuais/>. Acesso em: 7 fev. 2022.

CHAUÍ, Marilena. **Participando do debate sobre mulher e violência**. In: FRANCHETTO, Bruna, Cavalcanti, Maria Laura V. C.; HEILBORN, Maria Luiza (org.). Perspectivas antropológicas da mulher 4. São Paulo: Zahar Editores, 1985.

CEDAW. **Convention on the elimination of all forms of discrimination against women**. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>. Acesso em: 04 mar. 2021.

DESLANDES, SF. **Prevenção da violência no âmbito dos serviços de emergência. In: Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

GÓES, Eva Dayane Almeida de. **A vergonha social e o medo: obstáculos para a superação da violência doméstica contra a mulher**. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 5, n. 11, p23627-23645 nov. 2019, ISSN 2525-8761.

GOMES, Laura Nayara Gonçalves Costa. **A Aplicação da Lei Maria da Penha ao Gênero Feminino**. Lex Magister, São Paulo, 2012.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Trad.: Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2003.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos** / Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília, 2012. 42 p.: il. algumas color.)

LOPES, Marta Julia Marques; SILVA, João Luis Almeida. **Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, p. 683-688, jul./ago. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde**. In: NJAINE, Kathie.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). Impactos da violência na saúde. 420 p., 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013, p. 21-42.

MINAYO, M. C. S.. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Brasília, DF. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. LIMA, Cláudia Araújo de. Processos de formulação e ética de ação da Política Nacional de **Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. In: NJAINE, Kathie.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). Impactos da violência na saúde. 420 p., 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013, p. 43-56.

OLIVEIRA, C.S. et al (Org.). **Redes de atenção à violência** [recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dosdireitos-humanos>. Acesso em: 04 de junho de 2021.

PENHA, Maria da. **Sobrevivi... posso contar**. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. 2. Tiragem. Observatório da sexualidade e Política, nov. 2017.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Edições Almedina. Coimbra, Abril de 2020.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade. Vol.20(2), julho/dezembro 1995

KRUG, E. G. et al. **WHO report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

ANEXOS: FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, versão 5.1 Frente

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/infamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10)
	3 Data da notificação		Y09	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	11 Data de nascimento
	10 Nome do paciente			
Dados de Residência	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor
	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe	19 UF
	20 Município de Residência	21 Distrito	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	27 Geo campo 2
28 Ponto de Referência		29 CEP	30 (DDD) Telefone	31 Zona
32 País (se residente fora do Brasil)		33 Nome Social		
34 Ocupação		35 Situação conjugal / Estado civil		
36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	
39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		40 UF		
41 Município de ocorrência		42 Distrito	43 Bairro	
44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3
48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência	50 Zona	51 Hora da ocorrência
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?	54 A lesão foi autoprovocada?	
55 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		56 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	57 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, versão 5.1 Verso

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada			Sinan SVS 15.06.2015