UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

EMILY DE JESUS FERREIRA

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise do trabalho do/a assistente social nos Hospitais e SAVVIS do município de Parintins.

MANAUS
2024

EMILY DE JESUS FERREIRA

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise do trabalho do/a assistente social nos Hospitais e SAVVIS do município de Parintins.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do grau de mestre(a) em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientador(a): Milena Fernandes Barroso

Linha de pesquisa: Serviço Social, Trabalho e Políticas Públicas.

MANAUS
2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ferreira, Emily de Jesus
F383a Atenção às pessoas em situação de violência sexual nos serviços de saúde : uma análise do trabalho do/a assistente social nos hospitais e SAVVIS do município de Parintins / Emily de Jesus Ferreira . 2024
138 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Milena Fernandes Barroso
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Violência sexual. 2. Atenção em saúde. 3. Savvis. 4. Trabalho profissional. 5. Serviço social. I. Barroso, Milena Fernandes. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

EMILY DE JESUS FERREIRA

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: uma análise do trabalho do/a assistente social nos Hospitais e SAVVIS do município de Parintins.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, sob a orientação do(a) professor(a) Dr. (a) Milena Fernandes Barroso como requisito para obtenção do grau de mestre(a) em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Aprovado(a) em 30 de outubro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a) Dr.(a) Milena Fernandes Barroso
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Presidente

Prof.(a) Dr.(a) Valmiene Florindo Farias Sousa
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Membro Interno

Prof.(a) Dr.(a) Maria Ilidiana Diniz
Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA
Membro Externo

A minha mãe, Lucivani (em memória).

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus, pois nele depositei minha fé para cursar e concluir essa pós-graduação.

A minha orientadora Milena Fernandes por todos os ensinamentos, contribuições e avaliação minuciosa prestados à pesquisa, além da confiança, colaboração e empatia depositadas em mim durante esse estudo.

A minha tia Meiry, pelo apoio e acolhida no período em que precisei estudar em Manaus.

Ao PPGSS/UFAM, docentes, técnicos/as e coordenação, em especial à professora Dra. Roberta Andrade. Não tenho dúvidas da exímia contribuição dada a minha formação acadêmica, proporcionada pela oportunidade que tive enquanto discente desse programa.

As docentes da banca de qualificação, Valmiene e Yanne, pelas indicações valiosas que colaboraram com o resultado dessa dissertação.

As docentes Valmiene e Maria Ilidiana, por comporem a banca de defesa e pelas contribuições dadas.

Aos colegas da turma 2022 por todas as partilhas e parceria vivida nessa experiência transformadora que foi o mestrado.

Ao CNPq pela concessão da bolsa de estudos.

A todas/os que contribuíram direta ou indiretamente com a realização da pesquisa.

RESUMO

A violência sexual, como uma expressão da questão social, possui múltiplas determinações e tem raízes nas estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais da sociedade. Desse modo, configura-se como uma das mais graves violações dos direitos humanos e também questão de saúde pública. No Brasil, a incidência dos casos aumentam, tendo principalmente meninas e mulheres como vítimas. O Serviço Social não passa ao largo dessas situações. Considerando que os/as assistentes sociais atuam no atendimento às vítimas em diversos espaços sócio-ocupacionais, particularizamos o âmbito da saúde pública neste estudo, com o objetivo geral de analisar o trabalho das/os assistentes sociais na atenção à saúde das pessoas em situação de violência sexual no município de Parintins–AM. E objetivos específicos: apreender a violência sexual como expressão da questão social e objeto de intervenção do Serviço Social; desvelar as determinações sócio-históricas do Serviço Social na saúde e as condições de trabalho nos serviços de atendimento à violência sexual; e, analisar o trabalho dos/as assistentes sociais na atenção à violência sexual no SAVVIS e hospitais do município de Parintins, considerando finalidade, competências, atribuições e instrumental técnico-operativo. A metodologia do estudo embasada pelo materialismo histórico dialético, de cunho quanti-qualitativo, delineou-se nas seguintes etapas interdependentes: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, e pesquisa de campo com aplicação de entrevistas semi-estruturadas. Conclui-se que, a atenção em saúde às situações de violência sexual, sofre as implicações das condições de trabalho precarizadas as quais os/as profissionais estão submetidos, ao cumprirem requisições institucionais com atividades conflitantes às competências e atribuições da profissão, sobrecarga de trabalho, alta demanda e instabilidade no emprego, cenário propício para respostas pontuais às expressões da questão social. Contudo, identifica-se o acolhimento, a orientação aos usuários/as das unidades hospitalares e a articulação com a rede de serviços socioassistenciais, como principais atividades exercidas pelos/as assistentes sociais. O trabalho no SAVVIS apresenta etapas de atendimento consoante com as normas técnicas de atendimento à violência sexual, mas o serviço necessita de melhor estrutura e ampliação para o funcionamento 24h, e dispor de equipamentos necessários para exames e procedimentos específicos, considerando a alta demanda e gravidade dos casos no município de Parintins. Destacamos aos profissionais, no âmbito formativo, a importância da capacitação profissional para conduzir a apreensão crítica na identificação e respostas qualificadas às situações de violência sexual, e no âmbito interventivo, as possibilidades de atividades de educação em saúde, com equipes interdisciplinares e participação ativa dos/as usuários/as para a atenção em saúde à violência sexual.

Palavras-chave: Violência sexual, atenção em saúde, SAVVIS, trabalho profissional, Serviço Social.

RESUMEN

La violencia sexual, como expresión de la cuestión social, tiene múltiples determinantes y está arraigada en las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de la sociedad. Es, por lo tanto, una de las más graves violaciones de los derechos humanos y un problema de salud pública. En Brasil, la incidencia de casos va en aumento, siendo las niñas y las mujeres las principales víctimas. El trabajo social no rehúye estas situaciones. Considerando que los trabajadores sociales prestan atención a las víctimas en diversos espacios sociolaborales, en este estudio nos centraremos en el campo de la salud pública, con el objetivo general de analizar el trabajo de los trabajadores sociales en la atención sanitaria a personas en situación de violencia sexual en el municipio de Parintins-AM. Los objetivos específicos fueron: comprender la violencia sexual como expresión de la cuestión social y objeto de intervención del Servicio Social; develar los determinantes sociohistóricos del Servicio Social en salud y las condiciones de trabajo en los servicios de atención a la violencia sexual; y, analizar el trabajo de los trabajadores sociales en la atención a la violencia sexual en los SAVVIS y hospitales del municipio de Parintins, considerando finalidad, competencias, atribuciones e instrumentos técnico-operativos. La metodología del estudio, basada en el materialismo histórico dialéctico y de naturaleza cuantitativa y cualitativa, adoptó la forma de las siguientes etapas interdependientes: investigación bibliográfica, investigación documental, y investigación de campo por medio de entrevistas semiestructuradas. La conclusión es que la atención a las situaciones de violencia sexual sufre las implicaciones de las precarias condiciones de trabajo a las que están sometidos los profesionales, que atienden las demandas institucionales con actividades que entran en conflicto con las competencias y atribuciones de la profesión, la sobrecarga de trabajo, la alta exigencia y la inestabilidad laboral, escenario propicio para respuestas ad hoc a las expresiones de la cuestión social. Sin embargo, las principales actividades que realizan los trabajadores sociales son la acogida, el asesoramiento a los usuarios del hospital y el enlace con la red de servicios sociales. El trabajo en el SAVVIS incluye etapas de atención acordes con las normas técnicas de atención a la violencia sexual, pero el servicio necesita una mejor estructuración y ampliación para funcionar las 24 horas del día, así como disponer del equipamiento necesario para pruebas y procedimientos específicos, teniendo en cuenta la gran demanda y gravedad de los casos en el municipio de Parintins. Destacamos la importancia de la formación profesional de los profesionales para que tengan una comprensión crítica de cómo identificar y responder a las situaciones de violencia sexual, y en términos de intervención, las posibilidades de actividades de educación para la salud, con equipos interdisciplinarios y la participación activa de los usuarios en la atención de la violencia sexual.

Palabras clave: Violencia sexual, atención sanitaria, SAVVIS, trabajo profesional, Trabajo Social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de atendimento do SAVVIS.....87
Figura 2 - Porta do SAVVIS.....94
Figura 3 - Ficha Social do SAVVIS.....97
Figura 4 - Relatório Simplificado do SAVVIS.....99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de ocorrências de Violência Doméstica da DECCMI por ano (2015-2021)...40
Tabela 2 - Número de ocorrências da DECCMI conforme tipo e ano.....41
Tabela 3 - Crimes mais denunciados na DECCMI nos últimos anos (2015-2021).....41
Tabela 4 - Número de ocorrências dos crimes de violência sexual por tipo e ano na DECCMI (2015–2021).....42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Vínculo empregatício das assistentes sociais.....67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definição de violência sexual pelas participantes.....46
Quadro 2 - Serviços de saúde pública de Parintins (zona urbana)..... 62
Quadro 3 - Carga horária de trabalho das assistentes sociais..... 66
Quadro 4 - Formação e titulação das assistentes sociais..... 70
Quadro 5 - Competências e atribuições do Serviço Social.....74
Quadro 6 - Municípios do estado do Amazonas cadastrados com serviços de atenção à violência sexual no CNES.....84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Anticoncepção de Emergência
AM	Amazonas
AME	Ambulatório de Especialidades
BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COLIMA	Coletivo Mulheres de Fibra da Amazônia
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DEAM	Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher
DECCMI	Delegacia Especializada em Crimes contra a Mulher, Criança e Idoso
EAD	Ensino à Distância
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSEZ	Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia
IFAM	Instituto Federal do Amazonas
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MT	Mato Grosso
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
POP	Plano Operacional Padrão
SAVVIS	Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
SEMASTH	Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TEIA	Teia de Educação Ambiental e Interação em Agrofloresta

TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UA	Universidade do Amazonas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UMPIN	União das Mulheres de Parintins
UNINORTE	Centro Universitário do Norte
UNITINS	Universidade Estadual do Tocantins
UNOPAR	Universidade Norte do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VS	Violência Sexual

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

CAPÍTULO 1 — VIOLÊNCIA SEXUAL E SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS PARA O TRABALHO PROFISSIONAL 27

1.1 O sistema patriarcal-racista-capitalista: fundamento da violência sexual 27

1.2 A violência sexual como expressão da questão social 33

1.3 Definição e caracterização da violência sexual 39

CAPÍTULO 2 — O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DETERMINAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS E CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL 49

2.1 Elementos históricos do Serviço Social na saúde e os rebatimentos no Amazonas 49

2.2 O tema da violência na agenda pública e os preceitos legais do atendimento no âmbito do SUS 55

2.3 Os Serviços de Saúde Pública em Parintins–AM 61

2.4 As condições de trabalho nos hospitais e SAVVIS 64

CAPÍTULO 3 — O SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL 74

3.1 O trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde e a atenção à violência sexual 74

3.2 SAVVIS: o atendimento em questão 83

3.3 Possibilidades para o trabalho do/a assistente social no atendimento às demandas de violência sexual 102

CONSIDERAÇÕES FINAIS 106

REFERÊNCIAS 111

APÊNDICES 126

ANEXOS 135

INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2023, o caso de violência sexual envolvendo o jogador de futebol Daniel Alves, ganhou a mídia e os noticiários no mundo inteiro. O jogador foi acusado de estupro contra uma jovem de 23 anos, em uma boate de luxo na Espanha. A vítima, em depoimento, alegou que o jogador a estuprou no banheiro da casa noturna, sem uso de preservativo, além de obrigá-la a prática de sexo oral. A jovem não quis ser identificada e recusou indenização. O jogador foi condenado e permaneceu preso preventivamente durante 14 meses em Barcelona, agora encontra-se em liberdade provisória após pagar fiança (G1, 2023).

No Brasil, também em janeiro de 2023, uma estudante de Jornalismo da Universidade Federal do Piauí foi estuprada e assassinada durante uma festa de recepção aos calouros na mesma universidade. A estudante de 22 anos teve o pescoço quebrado na ocasião. Thiago Mayson, praticou a violência sexual em uma sala da universidade mesmo após a morte da jovem, além de ter registrados com fotos o momento. Ele foi preso preventivamente e condenado a 18 anos de prisão. O caso desencadeou uma onda de manifestações clamando por justiça à estudante (G1, 2023).

O que essas situações têm em comum? Além da prática sexual não consentida que marca a ocorrência de violência nos dois casos, os acontecimentos explicitam o machismo, a misoginia e o sexismo que envolvem a violência contra as mulheres como violência socialmente determinada, que se espraia por todo o tecido social. O Serviço Social não passa ao largo de situações como essas, as quais refletem as expressões da questão social que são objeto de intervenção da profissão. Na área da saúde, essa demanda requer atenção integral e humanizada, tanto no nível da atenção primária, quanto na atenção especializada (média e alta complexidade), através do trabalho de profissionais de saúde, entre os quais se inclui o/a assistente social.

Nesse sentido, apreender o trabalho profissional do/a assistente social nesse contexto requer situar a profissão no movimento histórico da sociedade, no âmago da reprodução social da vida (Yazbek, 2019). Requisição essa que nos exige aprofundar o debate dos fundamentos da profissão, no sentido de que estudantes e profissionais possam olhar para a realidade social de maneira crítica e propositiva, concebendo tanto no âmbito formativo quanto interventivo, a lógica que circunda a gênese da profissão, bem como a funcionalidade do trabalho profissional e o seu

significado histórico, que não se separa dos processos de produção e reprodução social (Guerra, 2019).

No caminho de apreender a profissão no âmbito das relações sociais capitalistas, o Serviço Social adquire um significado social, o qual se reafirma no projeto ético-político comprometido com a classe trabalhadora e na afirmação de direitos sociais. Sendo uma profissão que se institucionaliza em torno das relações sociais de classes, permeadas por interesses e contradições, o trabalho profissional, na contemporaneidade, enfrenta dilemas principalmente quando se trata das competências e atribuições profissionais, pois estas subordinam-se ao jogo de poder presente nos diversos espaços sócio-ocupacionais da profissão e, nesse sentido, "o trabalho profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses, tendendo a ser cooptado pelas que tem uma posição dominante" (Iamamoto, 2009a, p. 170). A questão social enquanto base fundante do Serviço Social expressa o conjunto das desigualdades do sistema capitalista, assim como, representa a rebeldia e resistência dos sujeitos sociais que nele vivem (Iamamoto, 2009a). Tais expressões são objeto de intervenção do assistente social que ao prestarem serviços socioassistenciais, através de políticas públicas, no âmbito das organizações público-privadas, interferem diretamente na vida dos indivíduos sociais.

Considerando a questão social como expressão das "desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais" (Iamamoto, 2009a, p. 177), coloca-se como imprescindível para o Serviço Social decifrá-la, como essas desigualdades sociais estão postas na atualidade, e de que maneira pode-se projetar e forjar formas de resistência e defesa diva em detrimento dessas mazelas (Iamamoto, 2009a).

Partindo dessa perspectiva, a violência sexual apresenta-se como uma das expressões da questão social, a qual perpassa os espaços de atuação do/a assistente social e deles demanda a intervenção profissional. A violência sexual é multifacetada e a forma com que ela se manifesta na vida dos indivíduos traz consequências imensuráveis tanto para as vítimas como para suas famílias. De acordo com Monteiro (2010), essa violência tem raízes nas estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais, e implica diretamente na consciência social dos indivíduos agressores/abusadores, os quais contribuem para dinâmica reprodutiva dessa violência em sociedade. Do mesmo modo, Minayo (2013), entende que a violência sexual é complexa, multicausal, acompanha as transformações sociais, e está relacionada à violência estrutural de

uma sociedade marcada por desigualdades. Trata-se de uma violência que atravessa períodos históricos e alcança proporções gigantescas, configurando-se em uma grave violação dos direitos humanos e questão de saúde pública.

A Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), define a violência sexual como "qualquer ato sexual, tentativa de consumar um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, por outra pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer âmbito" (2018, p. 1).

Nos hospitais e unidades de saúde do Brasil, as situações de violência sexual têm sido corriqueiras e alarmantes pela gravidade, configurando-se como um desafio cotidiano aos profissionais de saúde (Monteiro, 2010). Squinca, Diniz e Braga (2004), sinalizam dois aspectos que permeiam a violência sexual no contexto da saúde pública: o primeiro consiste no baixo índice de denúncias feitos à polícia, uma vez que são crimes que ocorrem em espaços majoritariamente domésticos, onde as mulheres são intimidadas ou ameaçadas, o que traz dificuldades para as ações de enfrentamento da problemática. O segundo, refere-se à capacitação dos profissionais que lidam com a demanda no seu cotidiano de trabalho, tais situações requerem uma ação sensibilizada e multifacetada durante o atendimento e acompanhamento. Conforme as autoras, os serviços de saúde são um dos setores em que mais ocorre identificação ou encaminhamento de situações violência sexual, por isso os profissionais precisam estar sensibilizados, preparados e capacitados para o devido acolhimento e cuidado.

Diante de tal problemática e da importância do tema no campo das Ciências Sociais Aplicadas, especificamente no Serviço Social, surgiram alguns questionamentos: como se configura o trabalho dos/as assistentes sociais na atenção às situações de violência sexual nos serviços de saúde? Como esse atendimento é realizado no Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS) e nos hospitais do município de Parintins–AM? Como essa demanda é identificada e/ou acolhida pelo Serviço Social? O atendimento encontra-se norteado pelas orientações das normas técnicas de atendimento à violência sexual do Ministério da Saúde (2012; 2015)? Quais atribuições e competências são desempenhadas? Quais os principais instrumentos técnico-operativos utilizados? Até que ponto esses profissionais detêm autonomia para executar seu trabalho nessas instituições?

Temos o conhecimento de que a atenção às vítimas de violência sexual e o seu enfrentamento não depende unicamente de ações isoladas dos/as assistentes sociais, mas de uma

intersetorialidade com outros profissionais e da ação do Estado, por meio das políticas públicas que compõem a rede. No entanto, particulariza-se, nessa pesquisa, o trabalho profissional do Serviço Social, uma vez que sua intervenção perpassa o acolhimento, articulação com a rede, a viabilização de direitos, mediante intervenção qualificada, humanizada e comprometida com os/as usuários/as das políticas sociais.

O interesse para realização dessa pesquisa no mestrado foi motivado por muitos aspectos. Primeiramente, pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre o trabalho profissional do assistente social, especialmente no atendimento às situações de violência sexual. Consideramos que tal pesquisa iniciou-se como desdobramento do estudo realizado na graduação, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) "Violência sexual doméstica contra meninas: um estudo no IFAM-Parintins", defendido em 2019.

Ademais, a aproximação com os temas acerca da violência contras as mulheres e violência sexual estão intrinsecamente ligados à universidade. No 5º período da graduação de Serviço Social, cursei uma disciplina intitulada "Gênero e Família", foi quando obtive o primeiro contato com textos que me levaram às primeiras reflexões sobre o tema, um deles, "Sejamos todos feministas" de Chimamanda Ngozi Adichie. Ao final da disciplina elaborei com outros colegas um artigo sobre "pornografia de vingança". Depois, a participação nos projetos de extensão, "Formação Profissional em Serviço Social: Construção de Estratégias para a Qualificação Permanente de Assistentes Sociais no Município de Parintins" em 2018, e "Artivismo Feminista: Artesãs em Luta por Transformação Social no Município de Parintins" e "Mulheres de Fibra: Luta e Resistência das Artesãs no Município de Parintins–AM", em 2019, foram de valiosa contribuição para apreensão e reflexão sobre a violência contra as mulheres, racismo, patriarcado, etc. Foram inúmeras rodas de conversas em que debatíamos no coletivo Mulheres de Fibra da Amazônia (COLIMA) a violência estrutural, feminismo, e diversos relatos de vivências de mulheres com histórico de violência. Além disso, participei de mobilizações relacionadas ao 8 de março, "Fora Bolsonaro", entre outras que estavam articuladas com coletivos como a Articulação Parintins Cidadã, TEIA e com a própria universidade.

Concomitantemente, realizando o estágio supervisionado em Serviço Social, fui levada a investigar com mais afinco as demandas que chegavam ao meu campo de estágio. Nesse exercício, tive conhecimento de alguns acontecimentos relacionados à violência sexual envolvendo alunas do IFAM-Parintins, situações reveladas majoritariamente no ambiente escolar,

as quais foram determinantes para o desenvolvimento do TCC. Resumidamente, essas experiências me aproximaram das pautas feministas e têm profunda relação com a dissertação apresentada.

Além disso, a violência sexual demonstra o seu recrudescimento na vida de mulheres, crianças e adolescentes em todo o Brasil, revelando-se como uma latente desigualdade de gênero no país. Sem considerar os casos subnotificados nas instituições, e aqueles que permanecem silenciados nos lares brasileiros, reflexo da cultura patriarcal e machista que permeia a sociedade brasileira. Tal realidade reforça a relevância de uma reflexão crítica sobre a temática, como também da atenção em saúde das pessoas em situação de violência sexual, uma vez que os serviços públicos de saúde podem apresentar "carências na formação dos profissionais, dificuldades e fragilidades no processo de trabalho, violações dos direitos das mulheres, além da fragmentação e inoperância da rede de atenção" (Moreira; Vieira, p. 78-79, 2022).

A relevância se destaca nos dados divulgados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública-edição 2021, o qual apresentou os seguintes dados sobre a violência sexual no estado do Amazonas: 997 casos de estupro e estupro de vulnerável em 2019, e 864 em 2020. No que concerne as tentativas de estupro e estupro de vulnerável, foram 108 casos em 2019 e 99 em 2020. Sobre assédio e importunação sexual, foram 56 casos de assédio em 2019, 38 em 2020, e 308 casos de importunação sexual em 2019 e 312 em 2020. Nacionalmente, foram registrados 60.460 (14,1%) estupros em 2020, onde 86,9% eram do sexo feminino e 60,6% apresentavam idade de até 13 anos (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021a).

Nos primeiros meses da pandemia, o número de casos registrados apresentaram queda, o que não significa necessariamente a redução da violência sexual, pois "os crimes sexuais apresentam altíssima subnotificação, e a falta de pesquisas periódicas de vitimização tornam ainda mais difícil sua mensuração" (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021a, p. 111). Já em 2021, os casos de estupro e estupro de vulnerável marcam um crescimento de 3,7%, evidenciando que "uma menina ou mulher foi vítima de estupro a cada 10 minutos, considerando apenas os casos que chegaram até as autoridades policiais" (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021b, p. 8).

A Pesquisa Nacional da Saúde 2021, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde, apontou que 8,9% das mulheres brasileiras sofreram algum tipo de violência sexual na vida, representando cerca de 7,5 milhões de mulheres. A

referida pesquisa visitou mais de 100 mil domicílios brasileiros, e as entrevistas evidenciaram situações que vão de estupro à importunação sexual (Figueiredo, 2021).

Em Parintins, município do interior do Amazonas, localizado a 369 km de Manaus, com aproximadamente 116. 439 habitantes (IBGE, 2021) e palco de um dos maiores eventos culturais do país, o Festival Folclórico de Parintins, registra diversos casos de violência sexual. Alguns desses casos chegaram ao conhecimento da população parintinense, noticiados por veículos de comunicação regionais e locais. Conforme o Portal Acrítica (2020), em Parintins, um homem foi preso suspeito de estuprar os próprios filhos de 1, 5 e 7 anos. O caso chegou ao conhecimento das autoridades após a menina ter sido levada a uma unidade básica de saúde (UBS), apresentando secreção vaginal. Em atendimento médico, a vítima relatou sofrer abusos sexuais, assim como seus irmãos. O portal Central de Notícias da Amazônia (2021), veiculou um caso ocorrido na gleba da Vila Amazônia, zona rural de Parintins, no qual a mãe descobriu a gravidez da filha de 11 anos após levá-la a uma unidade básica de saúde. Na ocasião, a criança relatou ter sido abusada por um homem.

Dado o exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o trabalho das/os assistentes sociais na atenção à saúde das pessoas em situação de violência sexual no município de Parintins–AM. Para isso buscamos: apreender a violência sexual como expressão da questão social e objeto de intervenção do Serviço Social; desvelar as determinações sócio-históricas do Serviço Social na saúde e as condições de trabalho nos serviços de atendimento à violência sexual; e, analisar o trabalho dos/as assistentes sociais na atenção à violência sexual no SAVVIS e hospitais do município de Parintins, considerando finalidade, competências, atribuições e instrumental técnico-operativo.

Para o Serviço Social, é imprescindível ser uma temática de constante investigação, tanto pela escassez do tema no âmbito acadêmico quanto no espaço de exercício profissional, uma vez que os/as assistentes sociais necessitam de subsídios para realizar intervenções, dado seu importante papel na atenção às situações de violência sexual e na defesa dos direitos humanos.

O método de análise que conduziu a presente pesquisa foi o materialismo histórico-dialético. Para Minayo (2010), o materialismo histórico é a direção teórica responsável por iluminar a dinâmica da realidade em seu frenesi, e o materialismo dialético trata-se da abordagem da realidade, considerando a prática social dos indivíduos, apreendida a partir do processo histórico, nunca estável de transformação e provisoriedade. Nesse sentido, o método de

Marx possibilita a revisão e reflexão crítica, um estudo mais profundo acerca do objeto, no qual a aparência, o real imediato, são desvendados a fim de alcançar a essência, possibilitada a partir de aproximações sucessivas não lineares ao fenômeno (Lima; Mioto, 2007). Na ótica do materialismo histórico e dialético, analisa-se o objeto a partir de seus elementos estruturais, as múltiplas determinações, do universal ao particular, e do particular para o universal, a fim de aprendê-lo em sua totalidade considerando a complexidade, contradição, movimento histórico e dinamismo que o caracterizam. Com base em Marx, Netto (2009) aponta que o pesquisador precisa apreender o objeto não como um fato dado, mas como um processo, no qual é fundamental a mobilização de conhecimentos, que sejam criticados e revisados, apoderando-se deles com criatividade e imaginação. Conforme Netto (2009), o método de Marx não é um conjunto de regras aplicáveis ao objeto, mas é a estrutura e dinâmica do objeto que orientam o pesquisador. Assim, o método se coloca como perspectiva adotada pelo pesquisador na sua relação com objeto, o qual extrai dele múltiplas determinações. Na perspectiva marxiana, a descoberta das determinações do objeto é, pois, impensável sem a elaboração teórica e a formulação de metodologia (Netto, 2009).

Dito isto, a abordagem metodológica é de cunho quanti-qualitativo. A abordagem quantitativa considera dados numéricos e a representação estatística destes, que auxiliam na explicação lógica da situação estudada. Em estudos dessa natureza, o tratamento dos dados podem ser encontrados em tabela e gráficos (Gil, 2002). O levantamento exploratório sobre as violências registradas na DECCMI de Parintins, o qual explicamos mais a frente, é característico dessa abordagem. Por sua vez, a abordagem qualitativa privilegia o contato direto com o participante da pesquisa, pois cada pesquisa é única e o/a participante também é singular, revelando-se no discurso e na ação. Na qualitativa, o exercício consiste em aprofundar a análise e não apenas conhecer o objeto (Martinelli, 1999), muito presente em entrevistas. As pesquisas de natureza quanti-qualitativa se complementam em abordagens e técnicas, na articulação de dados, preservando-se a particularidade de ambos (Prates, 2012).

Assim, a pesquisa foi desenvolvida em três etapas interdependentes: a pesquisa teórica, documental e de campo. Nosso ponto de partida foi a pesquisa bibliográfica. Essa consiste em um conjunto ordenado e atento de procedimentos de buscas direcionadas ao objeto de estudo (Lima, Mioto, 2007). Livros, artigos científicos, ensaios críticos, periódicos, são fontes para a pesquisa bibliográfica (Oliveira, 2014). Por meio dela, adquirimos maior compreensão acerca da realidade

empírica. Nesse caminho, a mesma foi realizada considerando os estudos clássicos e recentes sobre a temática em questão. Consideramos o estudo teórico crucial, uma vez que a "relação dinâmica entre teoria e empiria se expressa no fato de que a realidade informa a teoria, que, por sua vez, a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta, num processo de distanciamento, aproximação e organização" (Minayo, 2010, p. 176). As categorias de análise estabelecidas foram "violência sexual", "trabalho profissional", e "saúde".

Por sua vez, a pesquisa documental é aquela que se realiza por meio da coleta de documentos, oriundos de fontes primárias ou secundárias. Estes documentos podem se classificar em: arquivos públicos, arquivos particulares e fontes estatísticas (Marconi; Lakatos, 2017). Na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador requer uma análise mais cuidadosa, já que os documentos podem não ter tido tratamento científico (Oliveira, 2014). Assim, a análise documental da presente pesquisa buscou abranger o instrumental técnico-operativo utilizado pelos/as assistentes sociais, a fim de identificá-los como parte do processo de trabalho na saúde. Tivemos acesso aos seguintes documentos: 2 fichas sociais, 1 relatório simplificado, 1 relatório social informativo, 1 prontuário de atendimento do SAVVIS, 1 ficha de notificação compulsória, 1 ficha de assistência médica-sanitária, e 1 encaminhamento TFD. Buscando manter sigilo profissional sobre as informações da vida dos/as usuários/as, nem todos os documentos foram anexados nesse trabalho.

No conjunto de documentos, destacamos o levantamento exploratório realizado em novembro de 2022, no qual acessamos planilhas de ocorrências diárias da Delegacia Especializada de Parintins, referentes aos anos de 2015 a 2021. Ressalta-se que as planilhas disponibilizadas, não apresentaram identificação/gênero das vítimas, apenas foram classificadas como ocorrências nas quais as vítimas eram maiores de idade, e ocorrências contra "menores", isto é, crianças e adolescentes. Dos dados em que as vítimas eram maiores de 18 anos, de 2015 a 2021, contabilizamos: 33 crimes de estupros e 20 tentativas de estupro. A delegacia também registrou ocorrências classificadas como "importunação ofensiva ao pudor", uma contravenção penal revogada pela n.º 13.718 de 2018, correspondente ao crime de Importunação Sexual, com 35 ocorrências. Ressalta-se para o alto número de ocorrências de violência doméstica, os quais totalizaram 4.924 casos nos referidos anos. Já os números de violência contra crianças e adolescentes são maiores: foram 209 casos de estupro registrados e 23 tentativas. Os crimes

caracterizados como “aliciamento de menor” somaram 52 ocorrências. Mais detalhes desse levantamento estão abordados no primeiro capítulo.

A pesquisa de campo abrangeu a atenção especializada da saúde do município de Parintins, especificamente hospitais e serviço de atenção à violência sexual. Para definição do campo, realizamos visitas *in loco* e consultamos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Relatório Anual de Gestão da Prefeitura Municipal de Parintins (2023). A partir disso, identificamos que a atenção em saúde do município está estruturada em serviços disponíveis na Atenção Básica, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS); na Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, também conhecida como atenção de Média e Alta Complexidade, contemplando hospitais, policlínica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), SAVVIS, etc.; e por último no setor da Vigilância em Saúde, que atua no controle e prevenção de doenças em saúde pública.

Mapeamos nas unidades de saúde da zona urbana do município, situados na Atenção Especializada, 14 assistentes sociais, sendo 6 lotados no Hospital Jofre, 1 no SAVVIS, 2 no Hospital Padre Colombo, 3 nos CAPS e 2 na Policlínica Padre Vitório.

Conforme os objetivos da pesquisa, as unidades escolhidas para a pesquisa empírica foram os dois hospitais gerais e o SAVVIS, com 9 assistentes sociais. Desses foi possível a realização de entrevistas com 8 assistentes sociais, sendo: 5 do Hospital Jofre Cohen, 2 do Hospital Padre Colombo e 1 do SAVVIS, o que representa 57,14% do total de assistentes sociais pertencentes à atenção especializada do município.

Portanto, nossa amostra contemplou 8 participantes, assistentes sociais, do sexo feminino, trabalhadoras da saúde, vinculadas ao nível de atenção especializada do município. As mesmas foram submetidas a entrevistas semiestruturadas que abordaram itens sobre sua formação profissional, trabalho, e violência sexual. Buscando manter sigilo sobre a identidade das participantes da pesquisa, essas foram mencionadas com nomes fictícios inspirados em mulheres brasileiras que romperam paradigmas e foram símbolo de luta e resistência: Pagu, Maria Quitéria, Bertha Lutz, Maria de Miranda Leão, Rose Muraro, Dandara dos Palmares, Nísia Floresta e Margarida Alves. Personalidades como essas merecem ser lembradas, assim como suas histórias e legados. As participantes são naturais da cidade de Parintins, com exceção de Dandara que é natural do município de Maués–AM.

Ademais, sobre os lócus da pesquisa, o Hospital Regional Dr. Jofre Matos Cohen oferece serviços de internação, cirurgia geral, traumato-ortopedia, obstetrícia, neonatologia, pediatria, cardiologia, mamografia, urologia, mastologia, ginecologia, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outros. Está localizado na rua Herbert Azevedo, 985, Santa Clara.

Por sua vez, o Hospital Padre Colombo é filantrópico, criado pela Diocese de Parintins em 1976, e atualmente está sob a gestão da Associação e Fraternidade São Francisco de Assis na providência de Deus, em convênio com o governo do estado do Amazonas. Atende pacientes regulados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), representando cerca de 95% da demanda, e 5% refere-se a atendimentos particulares, nos quais os recursos são destinados à manutenção do hospital. Localizado na rua Oneldes Martins, 3515, São José Operário, o Hospital Padre Colombo é especialista em atendimentos de obstetrícia e neonatologia (PORTAL MARCOS SANTOS, 2023), além disso, oferece serviços de internação, cirurgias, ambulatório de ortopedia para traumas, urologia, mastologia, ginecologia, entre outros.

Ambas as unidades hospitalares funcionam com o serviço de urgência e emergência, com 155 leitos (Hospital Jofre Cohen) e 62 leitos (Hospital Padre Colombo), para atender a população parintinense e de outros municípios do Amazonas e do Pará, seja por demanda espontânea ou referenciada (Parintins, 2023). Por sua vez, o SAVVIS de Parintins, funciona no mesmo prédio do Hospital Regional Jofre Cohen, dispondo de sala própria na unidade.

Assim sendo, a pesquisa de campo contou com as seguintes técnicas: observação e entrevista. A técnica da observação participante proporcionou o contato direto da pesquisadora com o fenômeno e os participantes da pesquisa. Essa técnica permite que o(a) pesquisador(a) interaja com os participantes, estabelecendo diálogos por meios de situações formais ou informais, para conhecer cada vez mais a realidade pesquisada (Oliveira, 2014). Por sua vez, a entrevista consiste na técnica de observação direta intensiva, caracterizada como uma conversação entre duas pessoas, em que se obtém informações sobre determinado assunto. A entrevista pressupõe uma intencionalidade, sendo considerada por muitos autores das Ciências Sociais como um instrumento de excelência da investigação social (Marconi; Lakatos, 2017). Dentre os vários tipos, utilizamos a entrevista semiestruturada, com o apoio de um roteiro[1], formulada por "perguntas abertas e fechadas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada" (Minayo, 2010, p. 261-262).

[1] Apêndice A e B

O percurso metodológico desta pesquisa não ocorreu sem desafios. Inicialmente, com pouca aproximação ao campo e sem conhecer nenhuma das participantes, começamos pela definição do lócus da pesquisa, visitando cada unidade básica de saúde e hospitais. No Hospital Jofre Cohen, o processo foi facilitado por uma estagiária de Serviço Social que disponibilizou informações dos/as assistentes sociais lotados na unidade hospitalar. Após este levantamento, foram tentados os primeiros contatos via telefone com as assistentes sociais. Sem grandes retornos, em dezembro de 2023 foram realizadas duas visitas às unidades, sendo uma no Hospital Padre Colombo e outra no SAVVIS, onde foi estabelecido o contato frente a frente com as participantes e, na oportunidade, apresentou-se a pesquisa.

Após isso, foi solicitada a autorização para a etapa da pesquisa documental, a qual foi deferida somente no Hospital Jofre Cohen e SAVVIS. Nessas unidades, a coleta documental foi realizada em maio de 2023. Em seguida, houve o processo de qualificação, produção teórica e preparação para as entrevistas após aprovação do Comitê de Ética. Para a anuência no Hospital Jofre Cohen, foi primeiramente solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Parintins (SEMSA), que com a devida autorização encaminhou a direção do Hospital Jofre Cohen e consequentemente ao SAVVIS e ao Serviço Social. No Hospital Padre Colombo, houve mais percalços. Inicialmente, a pesquisa documental foi indeferida pela direção da unidade, e no retorno para anuência da pesquisa de campo, em outubro de 2023, houve novamente uma recusa. As motivações para o indeferimento não foram esclarecidas pela referida unidade hospitalar.

Somente após uma conversa desta pesquisadora com o diretor, conseguimos o aval para a concretizar a pesquisa de campo. A liberação para as entrevistas configurou-se num processo de idas e vindas, e de bastante diálogo nas respectivas unidades, pois por diversas vezes também ocorriam desencontros com as participantes e administradores das unidades hospitalares. Após toda a liberação, realizou-se a submissão ao Comitê de Ética com aprovação em novembro de 2023. Em seguida, as entrevistas foram realizadas. Com esse material, a sistematização e análise de dados foi iniciada no primeiro semestre de 2024, no qual os dados foram interpretados e relacionados com a teoria, desdobrando-se nos três capítulos da presente dissertação.

No primeiro capítulo, dissertamos sobre os fundamentos da violência sexual, apreendendo-a como expressão da questão social e objeto de intervenção do Serviço Social. Apresentamos as definições e caracterização da violência sexual, a partir de levantamento exploratório no município de Parintins e da concepção das participantes da pesquisa. Finda com a

discussão dos fundamentos teórico-metodológicos e as demais dimensões da profissão como pressupostos para análise crítica da realidade social.

No segundo capítulo, realizamos uma abordagem histórica da profissão no âmbito da saúde, acompanhando a trajetória do trabalho profissional na dinâmica societária e os rebatimentos na política de saúde brasileira até os dias atuais. Expomos os aspectos legais que embasam o atendimento à violência sexual no SUS, assim como, apresentamos os serviços de saúde públicos do município de Parintins–AM e as condições de trabalho presentes nos serviços de atendimento à violência sexual, especialmente nos hospitais e SAVVIS.

No terceiro capítulo, analisamos o trabalho do Serviço Social nos serviços de saúde na atenção às pessoas em situação de violência sexual do município de Parintins, a partir das competências e atribuições do/a assistente social e dos preceitos legais que regem a atenção integral na rede pública de saúde. Além disso, o capítulo reúne elementos centrais para o conhecimento dos serviços, como o SAVVIS, o que pode contribuir para a qualificação e implementação das políticas públicas e do atendimento às pessoas em situação de violência sexual, enfatizando a relevância de uma apreensão crítica a essa expressão da questão social que se manifesta aos profissionais direta e indiretamente em seus espaços de trabalho.

CAPÍTULO 1 — VIOLÊNCIA SEXUAL E SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS PARA O TRABALHO PROFISSIONAL

O presente capítulo teve como objetivo analisar a violência sexual como uma expressão da questão social a partir dos seus fundamentos e evidenciar a relação com o Serviço Social enquanto objeto de intervenção da profissão. O texto apresenta a definição e caracterização da violência sexual, com base no levantamento exploratório realizado no município de Parintins e da concepção das participantes da pesquisa. Por fim, apontamos a importância dos fundamentos teórico-metodológicos para apreensão crítica da realidade social, como dimensão inerente ao Serviço Social, imbricada a capacidade técnico-operativa e ético-política tão necessárias à intervenção profissional.

1.1 O sistema patriarcal-racista-capitalista: fundamento da violência sexual

As situações episódicas de violência sexual, dentre as quais mencionamos na introdução desse trabalho, podem ser explicadas nas suas raízes sócio-históricas como uma expressão da desigualdade de gênero (Brasil, 2012).

Apesar dos avanços nas políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres, e nas legislações sobre violência doméstica e sexual na maioria dos países ocidentais (Castillo, 2017), observa-se a sua pertinência como ameaça ou fato a vida das mulheres, seja em todas as classes sociais, idades e contextos: nos lares, nas universidades, nas festas, nos hospitais, no trabalho, nas relações familiares, amorosas e/ou conjugais. Diante disso, questionamos: o que tem determinado essa violência? A quê interessa? Porque determinados grupos sociais, como mulheres, crianças e adolescentes, estão mais expostas a essa violência do que outros?

A violência sexual se dissemina de muitas maneiras e não se restringe a prática do estupro consumado, sendo esse somente a expressão mais latente da violação sexual (Davis, 2016; Teles; Melo, 2017; Vilhena; Zamora, 2004).

Para Camurça (2007), a violência sexual é um dos instrumentos da dominação patriarcal, usada como forma de controle e dominação dos corpos, e que se ancora nas divisões criadas entre gênero, raça e idade desde os primórdios da acumulação capitalista (Federici, 2017).

Segundo Federici (2017), a expansão do sistema capitalista tem profunda relação com a violência. O processo de derrocada do sistema feudal e transição para a formação econômica e social capitalista não ocorreu sem conflitos. A origem do proletariado mundial decorre da expropriação dos meios de subsistência dos trabalhadores europeus, e da escravização dos povos da África e da América — onde o corpo humano foi transformado em máquina e as mulheres sujeitas a reprodução forçada. Sinaliza Federici (2017, p. 112- 113):

> A acumulação primitiva não foi, então, simplesmente uma acumulação e concentração de trabalhadores exploráveis e de capital. Foi também uma acumulação de diferenças e divisões dentro da classe trabalhadora, na qual as hierarquias construídas sobre o gênero, assim como sobre a "raça" e a idade, se tornaram constitutivas da dominação de classe e da formação do proletariado moderno.

Nesse processo, as mulheres tiveram seus corpos e sua sexualidade controlados de forma legalizada pelo Estado. A "caça às bruxas" as levavam à reprodução forçada, assim como eram severamente punidas por supostas práticas de aborto e infanticídio. Com o desenvolvimento das forças produtivas, especificamente a partir do século XIX, o trabalho das mulheres foi cada vez mais designado à esfera da reprodução. Elas enfrentaram inúmeras dificuldades para trabalharem como assalariadas e ainda recebiam baixos salários inferiores aos dos homens.

> O trabalho reprodutivo continuou sendo pago — embora em valores inferiores — quando era realizado para os senhores ou fora do lar. No entanto, a importância econômica da reprodução da força de trabalho realizada no âmbito doméstico e sua função na acumulação do capital se tornaram invisíveis, sendo mistificada como uma vocação natural e sendo designada como "trabalho de mulheres" (Federici, 2017, p. 132-133).

Desenhava-se no cenário mundial a divisão sexual do trabalho, no qual as mulheres recebiam a função de cuidadoras do lar e dos filhos em tempo integral. Além disso, tornaram-se dependentes do trabalho masculino, onde esses tinham o acesso livre aos seus corpos, seus trabalhos, suas vidas e a de seus filhos. De acordo com a autora, uma nova ordem patriarcal entrou em vigor na dinâmica do capitalismo, subordinando as "mulheres a uma dupla dependência: de seus empregadores e dos homens" (Federici, 2017, p. 175).

Isso foi central para o desenvolvimento do capitalismo e para aprofundar desigualdades baseadas nas relações sociais de classe, raça e sexo/gênero. Nessa formação social patriarcal e capitalista, as mulheres transformaram-se em "objetos da satisfação sexual dos homens,

reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras" (Saffioti, 2015, p. 112). Ou seja, na ordem social, regulada pela dominação-exploração, as mulheres foram e ainda são socialmente discriminadas das diversas dimensões que compõem a vida em sociedade: o mundo do trabalho, participação social e política, autonomia e controle sobre sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva.

Para Cisne (2014), o surgimento do antagonismo de classes concerne com a dominação do homem sobre a mulher, dessa maneira é imprescindível analisar as relações sociais constitutivas das formas de exploração-dominação no capitalismo.

Conforme Arruzza (2015), o patriarcado possui uma relação estrutural com o capitalismo. Sua tese unitária traz elementos para avançar na compreensão de que temos uma única ordem social "que tem seu núcleo constituído de relações de exploração, dominação e alienação" (2015, p. 38). Para a autora, o patriarcado é um sistema de "relações, tanto materiais como culturais, de dominação e exploração de mulheres por homens. Esse é um sistema com sua própria lógica, que é, ao mesmo tempo, adaptável às transformações sócio-históricas, sem deixar a relação de continuidade com o capitalismo" (2015, p. 39).

Outras abordagens, como a de Delphy (2009, p. 173), o patriarcado define-se como "determinada formação social em que os homens detêm o poder, ou ainda, mais simplesmente, o poder é dos homens". Para Saffioti (2015), patriarcado é um regime que atribui ao homem o direito de dominar a mulher. O termo ainda é polissêmico e ganhou diversos sentidos ao longo da história. Nos estudos feministas, não é unânime a definição de patriarcado no exercício de explicitar a opressão da mulher na sociedade, ademais, outras autoras aderem ao uso do termo gênero (Delphy, 2009).

Para Saffioti (2015), o uso da categoria patriarcado nas análises feministas é pertinente, ao exprimir com clareza a sua operação no fenômeno exploração-dominação. Movendo-se como uma máquina incessante, o patriarcado nem mesmo necessita da figura masculina para operar, podendo ser acionado por qualquer um, inclusive pelas próprias mulheres. Nas diferentes sociedades, como na Atenas Clássica ou na Roma Antiga comparada às sociedades ocidentais, observam-se graus de domínio diferentes de homens sobre as mulheres, porém a natureza permanece a mesma. Ou seja, esse sistema se estabeleceu de formas distintas, mas sempre promovendo a inferioridade social das mulheres e incitando a guerra entre elas (Saffioti, 2015). Ademais, a análise do patriarcado não dispensa a dimensão histórica que o conforma.

> A ascensão e o aprofundamento dos sistemas patriarcais de relações de gênero formaram parte do mesmo processo que gerou economias agrícolas que substituíram a caça e a coleta e, depois, em muitas delas, um leque organizacional característico de civilizações. A agricultura e, depois, a civilização aprofundaram progressivamente as desigualdades entre homens e mulheres. Apesar disso, um ponto é crucial, e foi bem estabelecido durante o período inicial de civilização da história mundial: os sistemas patriarcais variaram muito, e os sistemas nunca foram de fato universais. A mesma ênfase na diversidade das instituições culturais e políticas globais que as civilizações forjaram em seus períodos de gestação aplicava-se às ideias sobre homens e mulheres e seus papéis (Stearns, 2015, p. 9).

Com base no pensamento de Pateman, Saffioti (2015) endossa a apreensão do patriarcado como um regime que deriva de um contrato original estabelecido entre os homens no qual as mulheres são tidas como objeto. Para Pateman (1993, p. 17), esse contrato original é também sexual-social: "O pacto original é tanto um contrato sexual quanto social: é social no sentido de patriarcal — isto é, o contrato cria o direito político dos homens sobre as mulheres —, e também sexual no sentido do estabelecimento de um acesso sistemático dos homens ao corpo das mulheres". Nesses termos, a diferença sexual é também diferença política que se desdobra ou em liberdade, ou em sujeição (Pateman, 1993).

Saffioti (2015), consoante a perspectiva de Pateman (1993), dialoga ser uma armadilha analisar o patriarcado a partir da concepção patriarcal do mesmo, ou meramente como direito paterno advindo de seu significado literal — "vem da combinação das palavras gregas pater (pai) e arkhe (origem e comando)" (Delphy, 2009, p. 174). Argumenta a Saffioti (2015, p. 59):

> o agente social marido se constitui antes que a figura do pai. Esta se encontra atenuada nas sociedades complexas contemporâneas, mas ainda é legítimo afirmar-se que se vive sob a lei do pai. Todavia, a figura forte é a do marido, pois é ela que o contrato sexual dá à luz. O patria potestas cedeu espaço, não à mulher, mas aos filhos. O patriarca que nele estava embutido continua vivo como titular do direito sexual.

Pateman (1993), aponta que por muito tempo a história do direito sexual permaneceu esquecida. Um dos motivos para tal invisibilidade seria sua prevalência no âmbito da esfera privada:

> O patriarcado não é puramente familiar ou está localizado na esfera privada. O contrato original cria a sociedade civil patriarcal em sua totalidade. Os homens passam de um lado para o outro, entre a esfera privada e a pública, e o mandato da lei do direito sexual masculino rege os dois domínios. A sociedade civil é bifurcada, mas a unidade da ordem

> social é mantida, em grande parte, através da estrutura das relações patriarcais (Pateman, 1993, p. 29).

Portanto, o patriarcado envolve todo o corpo social e impregna o Estado, o que também explica a forma por meio da qual o poder político se expressa. Nesse sentido, acredita-se que as relações patriarcais de gênero precederam ao capitalismo, e nesse sistema ganharam novos contornos, se solidificaram em uma base material e econômica. Também ressaltamos conforme Queiroz e Diniz (2014, p. 102), em meio aos avanços para o segmento das mulheres, o patriarcado tem conservado sua base material, a qual se revela na maneira como as mulheres são inseridas no "mundo do trabalho e em outros espaços da vida social" de forma "precarizada e subordinada aos homens". Nesses espaços, suas atividades são, quase sempre, "voltadas à dimensão da prestação de serviço a outrem, tendo um caráter complementar ao trabalho dos homens, pouco prestígio e aferindo baixa remuneração em relação ao trabalho masculino" (2014, p. 102).

Nessa concepção, consideramos pertinente a apreensão de que patriarcado e capitalismo não são sistemas autônomos, operando de forma individual, mas que são profundamente relacionados, uma vez que, como aponta Arruzza (2015), nunca existiram sociedades capitalistas sem opressão de gênero, essa estabelece-se como condição para sua procedência, constituindo um único nó entre patriarcado, racismo e capitalismo.

Sem esquecer da opressão racista que se estrutura nas sociedades capitalistas, Arruzza, Bhattacharya, e Fraser (2019) atestam que o fim da opressão das mulheres também advém da luta antirracista. Para elas, ser antirracista implica ser anticapitalista, uma vez que a formação desse sistema social só foi possível devido à "violenta pilhagem colonial e à 'caça comercial de peles negras' na África, seu recrutamento forçado para a escravidão no 'Novo Mundo' e a expropriação de povos indígenas" (2019, p. 54). No curso histórico do capitalismo, a expropriação baseada na raça tornou-se condição para seu funcionamento e acirrou a dominação-exploração imposta às mulheres. Como elucida Cisne (2014, p. 29):

> Assim é que as mulheres brancas ganham salários inferiores aos dos homens brancos e superiores aos das mulheres negras e aos dos homens negros. Há, portanto, uma nítida hierarquia que revela desigualdades no interior de uma mesma classe. Tal hierarquia da estrutura da desigualdade social segue a seguinte ordem: homens brancos, mulheres brancas, homens negros (e pardos) e mulheres negras.

O racismo se coloca como prática social dominante (Madeira; Gomes, 2018) que desde a escravidão se instaurou para garantir privilégios e interesses sociais das classes abastadas, e até os tempos atuais procede com inúmeras desigualdades raciais.

Segundo Teles e Melo (2017, p. 17), as manifestações racistas se traduzem em violência étnico-racial quando discrimina e fere os "direitos da população de determinado tipo ou região geográfica, cor, cultura, idioma, sotaque, maneira de vestir", as quais recaem sobremaneira para com a população negra e indígena.

Na concepção de Bento (2022), o pensamento colonial já se regia por hierarquias baseadas no gênero e na raça, logo, no capitalismo apenas se funde classe e supremacia branca. Para a autora, ocorre no capitalismo o "pacto da branquitude" necessário para garantir a autopreservação do sistema, colocando o "diferente" como ameaça àquilo que é universal ou que é tido como "normal" na sociedade. Assim, "esse sentimento de ameaça e medo está na essência do preconceito, da representação que é feita do outro e da forma como reagimos a ele" (Bento, 2022, p. 16). Trata-se de um pacto narcísico que teve origem ainda no processo de colonização.

> Os europeus, brancos, foram criando uma identidade comum que usou os africanos, negros, como principal contraste. A natureza desigual dessa relação permitiu que os brancos estipulassem e disseminassem o significado de si próprios e do outro através de projeções, exclusões, negações e atos de repressão (Bento, 2022, p. 23).

Davis (2016) nos seus escritos sobre a escravidão no contexto estadunidense do século XIX, aponta que o trabalho compulsório sempre foi uma realidade na vida das mulheres negras. Estas eram muito mais exploradas do que as brancas, e na mesma intensidade que os homens. Embora preteridas dos papéis sociais fortemente relegados às mulheres neste século — de mãe, protetora, esposa exemplar e dócil — sempre foram condicionadas ao trabalho na lavoura e ao trabalho doméstico: como cozinheiras, arrumadeiras e amas de leite. Iniciadas ao ofício desde a infância, enfrentavam jornadas extenuantes e insalubres. Além disso, eram submetidas a outras formas de exploração, como os estupros e demais abusos sexuais. A gravidez decorrente dessas situações não garantiam nenhum privilégio ou tratamento mais humanizado, pelo contrário, eram comparadas a animais e meras reprodutoras da força de trabalho (Davis, 2016).

De acordo com Gonzalez (2020), a realidade das mulheres negras brasileiras também foi marcada por abusos sexuais e exploração ostensiva, seja como trabalhadoras de eito ou mucamas:

> Enquanto escrava do eito, ninguém melhor do que a mulher para estimular seus companheiros para a fuga ou a revolta — trabalhando de sol a sol, subalimentada e, muitas vezes, cometendo o suicídio para que o filho que trazia no ventre não tivesse o mesmo destino que ela. Vale notar que a vida média de um escravo produtivo não ultrapassava os dez anos. [...] Enquanto mucama, cabia-lhe a tarefa de manter, em todos os níveis, o bom andamento da casa-grande: lavar, passar, cozinhar, fiar, tecer, costurar e amamentar as crianças nascidas do ventre "livre" das sinhazinhas. E isso sem contar com as investidas sexuais do senhor branco que, muitas vezes, convidava parentes mais jovens para se iniciarem sexualmente com as mucamas mais atraentes. [...] Após o trabalho pesado na casa-grande, cabia-lhes também o cuidado dos próprios filhos, além da assistência aos companheiros chegados das plantações, engenhos etc. quase mortos de fome e de cansaço (Gonzalez, 2020, p. 46).

Por serem negras, estão expostas à opressão racial, são mais estereotipadas, discriminadas e violentadas do que as brancas, por serem impostas a superexploração econômico-sexual desde a escravidão no Brasil, e assim, são objeto de tripla discriminação (Gonzalez, 2020). A pós-abolição da escravatura tão pouco significou o fim da opressão ao povo negro. Aconteceu, pois, um silenciamento das contradições inerentes às relações étnico-raciais, mascaradas pelos mitos de miscigenação e democracia racial perpetuados até hoje no país (Madeira; Gomes, 2018). Assim,

> trata-se a questão estrutural de forma limitada às relações interpessoais, como pessoas que, por questões de ordem individual, são acomodadas ou complexadas. Esse fato impede que as situações de racismo e de opressão se transformem em questão social, pública, ficando reduzidas à esfera pessoal e não ganhando conotações políticas e coletivas, com explicações relacionadas à formação social, às estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais que se reproduzem nas práticas cotidianas (Madeira; Gomes, 2018, p. 465).

Nessa perspectiva, percebemos como o patriarcado, racismo e o capitalismo produzem relações sociais desiguais de gênero, classe, e raça, de maneira que aprofundam as desigualdades e as violências perpetradas contra grupos socialmente marginalizados. Pois, como bem aponta Saffioti (2015), o uso da violência é necessidade para o *status quo*. Isto é, numa sociedade patriarcal-racista-capitalista, ser mulher, negra e pobre é ocupar o lugar mais vulnerável às mazelas sociais e opressões da ordem social vigente, uma delas a violência sexual, exemplo real da dominação-exploração.

1.2 A violência sexual como expressão da questão social

O surgimento da questão social está relacionada à organização social capitalista, à emergência da classe trabalhadora e seu protagonismo político (Iamamoto, 2001). O capitalismo, em seu estágio de industrialização na Europa Ocidental produziu novas relações de trabalho, determinada pela compra e venda da força de trabalho, baseada na produção de bens e serviços e na exploração que constituem a sociedade burguesa (Netto, 2001).

Desse modo, a existência do/a trabalhador/a assalariado/a e do próprio capitalista está vinculada a relação de subordinação dos que dependem da venda da força de trabalho para sobrevivência, ao patrão, que compra essa força de trabalho como mercadoria (Marx, 2013).

Assim, ao explorar o trabalho, o capitalista obtém o produto final, que tem nele não apenas a criação de valor de uso como resposta às necessidades humanas, mas também a produção de mais-valia (valor excedente), fruto do trabalho não pago. Esse processo de acumulação do capital aliada ao desenvolvimento científico e tecnológico, produz elevada riqueza, socialmente produzida, ao mesmo tempo em que gera pobreza generalizada e um exército industrial de reserva (desempregados) fundamentais à dinâmica capitalista, pois estimula a exploração do trabalho não pago e a competição entre trabalhadores/as (Iamamoto, 2012).

Como mostra Marx (2013), o avanço desse regime capitalista mundial, amplia também a "massa da miséria, da opressão, da servidão, da degeneração, da exploração, mas também a revolta da classe trabalhadora" (Marx, 2013, p. 541).

Para a Iamamoto (2012, p. 27), aqui reside a grande contradição do modo de produção capitalista que dá origem a questão social: "a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade". Desse modo, a questão social tem na luta de classes o seu núcleo, e se manifesta em um conjunto de desigualdades que acompanha a sociedade capitalista em todos os seus estágios (Pastorini, 2022; Santos, 2012).

Conceitualmente, Iamamoto e Carvalho (2020, p. 83), dizem que a questão social nada mais é do que "as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso político na sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado".

Para Iamamoto (2012), a questão social é desigualdade como também rebeldia, posto que se traduz nas formas de luta e resistência da classe trabalhadora contra as agruras produzidas pelo sistema capitalista. Na mesma direção, Netto (2017, local.61), traz o significado universal de

questão social como o "conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista".

Dito isto, entendemos que o desenvolvimento das forças produtivas capitalistas é indissociável da contradição entre aqueles que detêm os meios de produção e aqueles que detém unicamente a sua força de trabalho — é o antagonismo entre dominantes e dominados — e dessa dinâmica a questão social e suas expressões são iminentes: "a pauperização, a exclusão, as desigualdades sociais" (Pastorini, 2022, p. 101) — e as formas de resistência dos trabalhadores.

A pré-história da questão social, por volta da década de 1830, se caracteriza pela presença de dois fenômenos: o pauperismo e as lutas do proletariado contra a burguesia (Santos, 2012). Nesse período, a acumulação primitiva do capital foi marcada por duas fases históricas no mundo do trabalho: a primeira, remete a cooperação simultânea de um conjunto numeroso de trabalhadores produzindo mercadorias a um mesmo proprietário; e a segunda, corresponde ao período da manufatura, em que o trabalho cooperativo era dividido em mais de uma função até culminar no produto final artesanal. Este, entretanto, continuava sendo manual e dependente da força e habilidade do trabalhador individual. O cenário social dos trabalhadores consistia em fome, condições de vida e de moradia precários, locais de trabalho insalubres, doenças, extensas jornadas de trabalho com salários que garantiam a mínima sobrevivência, crescimento da mão de obra infantil e de mulheres, e alto índice de mortalidade.

Como elucida Santos (2012), a condição desprivilegiada em que viviam os/as trabalhadores/as fez surgir o sentimento de solidariedade mútua. Coletivamente criaram estratégias para resistir e se opor ao "nível de barbarização da vida social" (2012, p. 38). A exemplo disso, aconteceram inúmeros protestos encabeçados pelo movimento operário que precederam a revolução de 1848. Foi o momento em que os trabalhadores começaram a reconhecer-se como classe, a que condição econômica pertenciam e da força de seu protagonismo político. Contudo, as manifestações de trabalhadores não representavam sequer ameaça ao sistema social vigente. Os motins aconteciam sem liderança e com uso desordenado da violência, entre os próprios trabalhadores, em resposta recebiam apenas repressões rigorosas. O movimento ludista é exemplo disso, em que máquinas foram destruídas pelos trabalhadores/as, quando ainda não se davam conta de que seu verdadeiro antagonista tratava-se do próprio capitalista, e não as máquinas.

Contudo, especificamente em 1848, a questão social tornou-se evidente no contexto mundial e o movimento operário encontrava-se mais forte e organizado. Recebendo influência do Manifesto do Partido Comunista de Marx e Engels, os trabalhadores deram início a revolução mais expressiva registrada até aquele ano, a revolução de 1848. Foram três dias de guerra civil do proletariado contra a assembleia constituinte burguesa, mas apesar das intensas lutas, acabaram derrotados. Tal acontecimento nada mais foi do que um exemplo direto da luta de classe, uma vez que expôs a "radicalidade, o antagonismo entre os projetos das duas classes fundamentais do capitalismo" (Santos, 2012, p. 42). A insatisfação dos trabalhadores com a exploração capitalista era inegável, bem como o desejo por um novo projeto de sociedade. Segundo Martinelli (2011, p. 95):

> A onda de problemas que assolara a Europa no século XIX, especialmente em sua segunda metade, além, da Grande Guerra que deixara marcas indeléveis em todo o tecido social, havia mudado a estrutura da sociedade. As novas estratégias de atendimento à "questão social" precisavam, portanto, levar em conta essa nova organização societária, em que operava uma renovada correlação de forças: de um lado um combativo proletariado, de outro uma defensiva classe dominante, ambos circundados por uma pauperizada e faminta massa de trabalhadores, já expulsos do mercado ou nele esperando adentrar.

O movimento da classe operária, em sua organização social e sindical, foi protagonista na transição para a era dos monopólios. A questão social, imersa nesse antagonismo, começa a exigir do Estado e da sociedade burguesa respostas eficazes, que não fossem baseadas em coerção, assim desenhavam-se passos rumo a construção de parâmetros pautados para a convivência democrática na sociedade (Netto, 2017a).

Silva (2014) traz as particularidades da questão social no Brasil, que remonta às raízes coloniais escravistas. Segundo a autora, o Brasil foi colonizado tendo como referência o capitalismo mercantil europeu, estruturando-se na propriedade rural — cultivo da lavoura, açúcar e café — que só era possível mediante a exploração do trabalho escravo e indígena, e pelo baixo custo da mão de obra. Além da questão étnica inerente a formação da sociedade brasileira e da questão social no Brasil, o desemprego sempre foi uma realidade tanto pela sua dimensão estrutural como pela forma que as relações sociais se configuraram no Brasil: senhor e escravos, colonizador e colonizados (negros e indígenas) (Silva, 2014). As condições socioeconômicas sobre as quais viviam indígenas e negros, no contexto do Brasil colônia, eram de isolamento e segregação: ficavam "vegetando em lugar qualquer da Colônia" (Silva, 2014, p. 52), alto

contingente de trabalhadores/as livres analfabetos/as; os/as agregados/as, que sobreviviam com a dinâmica de troca de favores; e os considerados como "vadios" que encontravam meios de subsistência na criminalidade. A sociedade brasileira se constituiu com base na escravidão e no patriarcalismo, e esse passado fundamenta, na contemporaneidade, a discriminação e o preconceito contra a população negra e indígena (Silva, 2014).

Nesse contexto, temos como aspecto importante o surgimento da profissão, a qual também é determinada pela questão social. É a condição dada pela ordem monopólica do capital que condiciona a profissão a ocupar seu lugar na divisão social e técnica do trabalho.

> O processo pelo qual a ordem monopólica instaura o espaço determinado que, na divisão social (e técnica) do trabalho a ela pertinente, propicia a profissionalização do Serviço Social tem sua base nas modalidades através das quais o Estado burguês se enfrenta com a "questão social", tipificadas nas políticas sociais. Estas, ademais das suas medulares dimensões políticas, se constituem também como conjuntos de procedimentos técnico-operativos; requerem, portanto, agentes técnicos em dois planos: o da sua formulação e o da sua implementação (Netto, 2017a, local.55).

Conforme Iamamoto e Carvalho (2020), o Serviço Social se gesta a partir de iniciativas de frações de grupos, subordinados ao Estado ou a Igreja, visando dar respostas à questão social. Especificamente no Brasil, o desenvolvimento das forças produtivas sofreu um aceleramento no século XX, em virtude dos acontecimentos ocorridos tanto mundialmente, como a crise de 1929; quanto ao nível nacional, com o movimento de outubro de 1930. Esse processo gerou mudanças na esfera estatal e econômica, as quais precisaram ser organizadas e todos os setores da sociedade foram afetados, especialmente os trabalhadores, levando-os a uma onda de reivindicações contra o Estado. Além disso, o desemprego, uma das expressões da questão social mais latentes no Brasil desde o período colonial, resultou numa massa de trabalhadores largados à própria sorte (Silva, 2014), frente a essa realidade o Serviço Social desempenhava suas atividades como parte da Ação Social e Ação Católica (Iamamoto; Carvalho, 2020).

O avanço na institucionalização da profissão começa a partir da década de 1940, quando o Estado passa a empregar agentes sociais e reconhecer a profissão legalmente, assim como o ensino (Martinelli, 2011). O Serviço Social vincula-se principalmente ao setor público como mão de obra especializada demandada pelo Estado. De acordo com Iamamoto e Carvalho (2020, p. 84):

> o Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerando a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social.

Mas não somente no âmbito estatal, esse profissional se faz presente também nas instituições privadas. O/a assistente social passa a intermediar as relações entre classes sociais intermediando interesses distintos em seu fazer profissional. Nesse sentido, o Serviço Social vai se consolidando como profissão especializada do trabalho coletivo, inerente à reprodução das relações sociais capitalistas e a serviço das instituições empregadoras (Iamamoto; Carvalho, 2020).

Nesse escopo, ao ganhar legitimidade, o Serviço Social tem como campo de trabalho as políticas públicas, no qual seu processo de trabalho irá materializar-se em dois aspectos: tanto na esfera do atendimento às demandas e as necessidades dos/as usuários/as; quanto desenvolvendo ações socioeducativas junto a classe trabalhadora (Yazbek, 2009). Trata-se de um trabalho que sofre alterações à medida que ocorrem mudanças na dinâmica societária, principalmente em torno da questão social que impacta diretamente os usuários dos serviços sociais e a intermediação da relação Estado, instituições, e classe trabalhadora.

Assim, ao lidar com as expressões da questão social, seu objeto de trabalho, o/a assistente social, em seu exercício profissional, lida direta ou indiretamente com inúmeras mazelas sociais, entre elas, a fome, o desemprego, a violência, que caracterizam o conjunto de desigualdades produzidas e reproduzidas na sociedade capitalista (Iamamoto, 2012).

A violência contra a pessoa idosa, contra crianças e adolescentes, contra as mulheres, contra pessoas com deficiência, contra pessoas indígenas e racializadas, se intensifica nas relações sociais capitalistas, as quais são forjadas pelas questões de classe, raça, e sexo/gênero. A violência sexual, especialmente, desponta como uma profunda desigualdade existente nas relações entre homens e mulheres na sociedade, desigualdade essa que destina às mulheres a experiência social de inferioridade e submissão na produção e reprodução da vida, e desse modo, expostas à apropriação, opressão e exploração funcional a sociabilidade capitalista (Barroso, 2018).

As violências, ancoradas no antagonismo inerente da relação capital-trabalho, se espraiam, tanto como violências que ocorrem individualmente, como também à violência estrutural, e nesta última, refere-se a violência como mediadora das relações sociais (Barroso,

2018). Nesse sentido, a violência estrutural é sistêmica, sempre vinculada à dinâmica das condições sociais, históricas e políticas. Por isso, detém funcionalidade na vida social, engloba a esfera individual e coletiva, sendo "reveladora de estruturas de dominação, e surge como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se rebelam contra" (Barroso, 2018, p. 144).

Nessa direção, a violência sexual contra as mulheres é entendida como expressão da questão social, uma vez que questão social não é somente desigualdade entre classes, mas todos os conflitos decorrentes desse antagonismo e das relações humanas (Cisne; Soares, 2022), inclusive formas de luta e resistência de um lado, e dominação-exploração de outro. Desse modo, é também objeto de intervenção do Serviço Social, uma vez que sua atuação se desenvolve no enfrentamento à questão social por meio de políticas públicas, na defesa de direitos e no atendimento às necessidades sociais da classe trabalhadora, embora projetos distintos tensionem essa relação (Iamamoto, 2001).

1.3 Definição e caracterização da violência sexual

De acordo com Krug *et al*., (2002, p. 147) a violência sexual é definida como

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

Na concepção de Teles e Melo (2017, p. 15), violência sexual consiste em "casos de estupro cometidos dentro e fora de casa". O agressor ao praticá-la faz uso da força física, da coerção, manipulação, suborno e/ou ameaças para submeter a vítima à violência, concretizando-a de forma não consensual.

No município de Parintins, com intuito de nos aproximarmos do objeto investigado no contexto parintinense, realizamos um levantamento exploratório das ocorrências da Delegacia Especializada em Crimes contra a Mulher, Criança e Idoso (DECCMI), das quais destacamos aqui, como dados secundários, as ocorrências gerais e de violência doméstica e sexual. O levantamento foi realizado em novembro de 2022, no qual foram disponibilizadas planilhas das ocorrências referentes aos anos de 2015 a 2021. É relevante destacar que as planilhas das quais

tivemos acesso traziam os dados quantificados, ou seja, sem identificação das vítimas, gênero ou cor/raça. A seguir, na tabela 1, expomos o número de ocorrências registradas como violência doméstica na DECCMI:

Tabela 1 – Número de ocorrências de Violência Doméstica da DECCMI por ano (2015-2021)

ANO*	NÚMERO DE OCORRÊNCIAS - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
2015	813
2016	495
2017	912
2018	944
2019	982
2021	778
Total	4.924

Fonte: Elaboração própria (2022).

*As planilhas referentes ao ano de 2020 não foram disponibilizadas pela delegacia porque não foram alimentadas devido à pandemia da Covid-19. Desse modo, as tabelas subsequentes também não constam registros de 2020.

A violência doméstica tida como uma das expressões de violência contra as mulheres, se caracteriza pelas relações de cunho doméstico, que podem acontecer dentro ou fora de casa, cujos agressores são os próprios familiares como "companheiros, maridos, namorados, amantes, ou seja, por aquela pessoa com a qual a mulher mantém uma relação afetiva/conjugal" (Lisboa; Pinheiro, 2005, p. 201). Do mesmo modo, também corresponde àquela violência que pode acontecer entre pais, mães e filhos, e até mesmo contra pessoas idosas. Por ser uma violência cometida em contexto específico pode envolver toda forma de agressão: física, sexual, moral, psicológica, patrimonial. Em Parintins, é evidente a gravidade e pertinência da violência doméstica, que parece crescer a cada ano, principalmente em comparação às outras ocorrências gerais registradas, conforme tabela abaixo:

Tabela 2 - Número de ocorrências da DECCMI conforme tipo e ano

TIPO	ANO						TOTAL
	2015	2016	2017	2018	2019	2021	
Lesão Corporal	241	131	279	254	219	122	1246
Ameaça	499	421	481	551	527	285	2764
Calúnia	105	71	171	149	107	86	689
Difamação	132	57	124	140	131	92	676
Injúria	208	123	267	244	231	143	1216
Violência contra o Idoso	36	15	24	28	23	45	126
Art. 121	0	0	0	1	1	0	2
Tentativa de homicídio	1	1	0	0	2	1	5
Maus Tratos	7	2	5	7	7	2	28
Descumprimento de medida protetiva	-	-	-	-	-	15	15

Fonte: Elaboração própria (2022).

Os crimes de lesão corporal, ameaça, calúnia, difamação e injúria estão entre os mais denunciados nos últimos 7 anos. No entanto, ainda assim as ocorrências de violência doméstica superam disparadamente comparadas a esses crimes, ocupando o primeiro lugar entre as mais denunciadas na DECCMI com mais de 4000 ocorrências. A tabela a seguir elenca os crimes mais denunciados:

Tabela 3 - Crimes mais denunciados na DECCMI nos últimos anos (2015-2021)

CRIMES	TOTAL DE OCORRÊNCIAS

1º	Violência Doméstica	4924
2º	Ameaça	2764
3º	Lesão Corporal	1246
4º	Injúria	1216
5º	Calúnia	689
6º	Difamação	676

Fonte: Elaboração própria (2022).

Além desses, as ocorrências de violência sexual também assustam. Ao total foram 369 ocorrências entre 2015 a 2021, a maioria praticada contra crianças e adolescentes. A tabela abaixo demonstra o número de denúncias e a tipificação desses crimes, conforme a delegacia, no referido período.

Tabela 4 - Número de ocorrências dos crimes de violência sexual por tipo e ano na DECCMI (2015–2021)

TIPO	**ANO**						**TOTAL**
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2021**	
Estupro de vulnerável	33	39	56	36	21	24	209
Aliciamento de menor	-	34	8	4	5	1	52
Importunação ofensiva ao pudor	-	5	2	4	12	15	35
Estupro	7	3	3	1	9	10	33
Tentativa de Estupro de vulnerável	5	3	9	2	0	4	23
Tentativa de estupro	4	3	4	2	5	2	20
Total							372

Fonte: Elaboração própria (2022).

Embora os crimes de violência sexual tenham sido menos denunciados do que as ocorrências apresentadas na tabela 3, não significa a redução desse delito, pelo contrário, pode apontar para a subnotificação dos casos, o que acontece frequentemente nas instituições. Outra questão a ser considerada é o silenciamento envolto nessas situações, as quais nem chegam a ser denunciadas por diferentes motivos (Araújo, 2002; Faleiros, 1998; Paula, 2011). Além disso, com a pandemia da Covid-19 e o isolamento social, as instituições de segurança pública fecharam as portas o que impossibilitou denúncias de todos os tipos, como sinalizado pelo Fórum de Segurança Pública (2021a, p. 111), "houve queda expressiva das notificações criminais nos primeiros meses de isolamento social". O que se confirma com a experiência obtida na DECCMI, na qual as planilhas do ano de 2020 não foram alimentadas em virtude do período pandêmico, e as ocorrências de 2021 apresentaram diminuição em comparação aos anos anteriores.

Como exposto na tabela 4, o crime de estupro de vulnerável é um dos que mais crescem, bem como as ocorrências de aliciamento e importunação sexual. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2018), as violências sexuais contra crianças e adolescentes geralmente acontecem no ambiente doméstico, familiar e escolar, e a ausência de denúncias oficiais dificulta a sua visibilidade na esfera pública e no acesso aos serviços de saúde.

O crime de Estupro de vulnerável é caracterizado no Código Penal Brasileiro como a prática de conjunção carnal ou outro ato libidinoso com menor de 14 anos, sujeito a pena de 8 a 15 anos de reclusão. Incorre na mesma pena quem praticar o mesmo ato com alguém que, devido à enfermidade ou deficiência mental, ou qualquer outra causa, não possa discernir sobre a prática ou oferecer resistência sobre a mesma. Ou seja, a agressão sexual contra crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos não tem o consentimento do abusador ou dos dois, uma vez que se trata de imposição do ato sexual de um adulto a uma criança ou adolescente, logo, qualquer argumento deste tipo é insustentável perante a lei. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considerando a condição peculiar como pessoas em desenvolvimento, expõe em seu Art. 5º: "nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão" (2021b, p. 14).

A prática de Aliciamento de menor não está tipificada no Código Penal Brasileiro, porém o ato de aliciar consta no ECA, artigo 241-D, o qual descreve como crime "aliciar, assediar, instigar ou constranger, por qualquer meio de comunicação, criança, com o fim de com ela praticar ato libidinoso" (2021b, p. 139). Em parágrafo único do mesmo artigo incorre quem:

> I - facilita ou induz o acesso à criança de material contendo cena de sexo explícito ou pornográfica com o fim de com ela praticar ato libidinoso;
> II - pratica as condutas descritas no *caput* deste artigo com o fim de induzir criança a se exibir de forma pornográfica ou sexualmente explícita (Brasil, 2021b, p. 139).

O Código Penal Brasileiro, também qualifica como crimes sexuais contra vulnerável a "corrupção de menores", "satisfação de lascívia mediante presença de criança e adolescentes", "favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de crianças ou adolescente ou vulnerável"; e "divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo, ou de pornografia".

Corrupção de menores consiste no ato de induzir alguém menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem. Satisfação de lascívia mediante presença de criança e adolescentes corresponde a praticar, na presença de alguém menor de 14 anos, ou induzir a presenciar conjunção carnal ou outro ato libidinoso, para satisfação de lascívia própria ou de outrem (Brasil, 2021a). Do mesmo modo, o crime de favorecimento de prostituição e divulgação de cena de estupro correspondem respectivamentes em:

> Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone [...];
> Art. 218-C. Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, vender ou expor à venda, distribuir, publicar ou divulgar, por qualquer meio – inclusive por meio de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática –, fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual que contenha cena de estupro ou de estupro de vulnerável ou que faça apologia ou induza a sua prática, ou, sem o consentimento da vítima, cena de sexo, nudez ou pornografia [...] (Código Penal Brasileiro, 2021, p. 117).

Da mesma forma, o crime de importunação sexual, acrescido pela Lei n.º 13.718, de 24 de setembro de 2018, consiste em "praticar contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro" (Brasil, 2021b, p. 113). No entanto, a DECCMI ainda adere a antiga tipologia contida no Art. 61 da Lei das Contravenções Penais que dispunha sobre a importunação ofensiva ao pudor, agora revogado pela Lei n.º 13.718/2018. O crime de atentado violento ao pudor também foi revogado pela Lei nº 12.015/2009, que agora caracteriza crime de estupro.

Atualmente, o estupro consiste em “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar, ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”; e o assédio sexual caracteriza-se como “constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função” (Brasil, 2021a, p. 113). Conforme a análise de Diniz (2014), o assédio sexual está relacionado ao campo da sexualidade e do poder patriarcal, sendo uma forma de violência usada para legitimar posições de poder que se aproveita da desigualdade de gêneros para produzir subordinação. Para a autora, o assédio sexual é uma expressão da violência sexista que coloca as mulheres como objetos à disposição:

> Trata-se, pois de violências silenciosas que não deixam marcas visíveis e como atingem os aspectos íntimos da sexualidade feminina, os sujeitos que as vivenciam, normalmente tentam negá-las. [...] De maneira geral, o assédio sexual ocorre pela iniciativa de um indivíduo que, por ter poder sobre o outro, constrange-o adotando um comportamento sexual que não adotaria fora dessas circunstâncias. E acrescento que tais comportamentos se dão muitas vezes por **necessidades não sexuais**, ou seja, há muito mais imperativos relacionados ao desejo de se sentir importante, poderoso, dominador, admirado, desejado, dentro outras compensações. Esse tipo de violência sobre as mulheres integra comportamentos como conversas indesejadas sobre sexo, uso de anedotas ou expressões com conotações sexuais, contato físico não desejado, solicitação de favores sexuais, pressão para “encontros” e saídas, exibicionismo, voyeurismo, criação de um ambiente pornográfico, abuso sexual e violação, entre outras manifestações (Diniz, 2014, p. 257, grifos da autora).

Compreende-se que a violência sexual inclui uma variedade de abusos que vão desde o estupro vaginal ou anal a práticas de assédio e importunação sexual, como manuseio de partes íntimas e beijo forçado em lugares públicos ou privados; presenciar ou manter práticas eróticas como masturbação, sucção, nudez ou pornografia; voyeurismo; exibicionismo; exploração sexual, etc. sem consentimento ou contra vulnerável perante o uso de ameaça e violência, além de controle, limitação ou anulação de direitos sexuais e reprodutivos, pornografia de vingança, estupro corretivo e como arma de guerra (Brasil, 2018; Deslandes; Flach, 2022, Solyszko, 2022).

Desse modo, após trazer as principais definições dos crimes de violência sexual, é válido destacar a concepção das participantes da pesquisa. Durante as entrevistas, questionamos como elas compreendiam a violência sexual. As respostas estão organizadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Definição de violência sexual pelas participantes

MARIA DE MIRANDA	*Olha, a gente sabe que a violência sexual não é só o ato, existem várias outras formas, e chega aqui pra gente as outras formas né, o assédio… Então, infelizmente, a gente acaba trabalhando aqui com o fato consumado, mas chega pra gente e a gente atende, faz todos os procedimentos de quando é assédio, tentativas. E a violência sexual é isso, né, ela não tá ali só: ah, eu fui abusada, houve o contato, houve o fato. Não, são várias outras situações que as vítimas acabam passando [...].*
PAGU	*A violência sexual é aquela violência que tu não permite, mas tu é obrigada a fazer. Então tu não queres que alguém te olhe de qualquer jeito, tu tem o direito de usar a roupa que tu quiseres, de ser o que tu quiseres, e nem por isso alguém vai ter que te passar a mão, alguém vai te forçar a fazer uma coisa que tu não queres. Além daquelas que é uma violência mesmo, que tu não tem como te defender e te forçaram a fazer aquilo.*
MARGARIDA	*Violência sexual, pra mim, é definida como todo ato sexual indesejável em qualquer âmbito.*
QUITÉRIA	*Às vezes diante de qualquer suspeita, né? Às vezes a mãe quer esconder, mas a gente vai pra cima, às vezes só no olhar a gente sabe o que tá acontecendo. A gente consegue identificar.*
ROSE	*Eles se negam… eles têm medo de serem chamados na justiça ou serem presos, as crianças ficam abandonadas.*
BERTHA	*É o ato de abusar mesmo.*
NÍSIA	*Forçar, ir contra à vontade. Algo completamente abusivo.*
DANDARA	*Têm ambos os lados né, tem a situação do abuso sexual que é dos toques né, que até casos assim nos já recebemos: a mãezinha traz as crianças e relata que o filho foi abusado dessa forma, o infrator baixou as roupas, acabou mostrando as partes genitais pro filho. Aí chega aqui bastante abalado né. E tem a parte que é do abuso mesmo, da exploração, e é muito triste porque é até mesmo por membro familiar, pelo tio, pelo padrasto.*

Fonte: Elaboração própria (2024).

Com exceção de Quitéria e Rose, as quais não desenvolveram de forma suficiente as respostas, Pagu, Maria de Miranda, Margarida, Bertha e Nísia, expressaram a concepção de violência sexual concernentes as tipologias, geralmente interpretadas como transgressão e/ou abuso, algo forçado ou contra a vontade. O que é correto, conforme definições do ordenamento jurídico brasileiro e os organismos internacionais. Contudo, nenhuma das concepções acima foi associada à violência estrutural, tampouco, relacionadas a desigualdade de gênero, e as relações

de poder e dominação a que estão submetidos os grupos sociais mais vulneráveis expostos à violência sexual.

Segundo Barroso (2021), entender as diversas manifestações da violência como uma questão estrutural, significa visualizá-las como imbuídas ao sistema patriarcal-racista-capitalista, seja como sintoma ou condição para as relações sociais, já que a violência "desempenha funções diversas nos distintos modos de produção e organização social" (Barroso, 2021, p. 398). Nesse sentido, a reflexão crítica a respeito da violência sexual pressupõe encará-la como violência estrutural no caminho para a sua desnaturalização e desfragmentação para além da violência interpessoal ou direta.

Embora importantes, as tipologias detêm limitações, e as violências não podem ser analisadas apartadas do contexto social, histórico, econômico e cultural em que ocorrem. Logo, desvendar a existência e a complexidade da violência sexual, por exemplo, implica concebê-la como algo que não é natural da vida em sociedade, mas determinada por um conjunto de fatores que constituem as relações sociais, principalmente desiguais, sendo, portanto, usada para manter privilégios e estruturas de dominação. É como expõe Barroso (2021, p. 404):

> É inquestionável a experiência da violência na vida e nos corpos dos sujeitos. [...] a violência existe, se multiplica em notícias infindas, em episódios que disputam entre si pela gravidade, nos relatos de sofrimento, na ameaça e na insegurança verbalizada pelas pessoas mais próximas e (des)conhecidas, nos vastos depoimentos nas redes sociais e fora delas. Encontra-se em lugares e situações múltiplas: na escola, no metrô, no ônibus, na rua, na floresta, nos rios, no trabalho, no partido, no movimento social, na política, no bar, na festa, em casa, nas leituras, na escrita, inclusive no não lugar. Ninguém está isento e, além de se fazer presente em todos os lugares, a violência envolve todos/as: amigos/ as, pais, mães, filhos/as, companheiros/as, camaradas, diretores/as, patrão, empregado/a, desconhecidos/as e conhecidos/as. Não há lugar, pessoa e relação livre da certeza que é a violência. Dessa forma, entendemos que não se trata de um comportamento arriscado, de uma roupa imprópria, de um lugar inseguro, de uma moral corrompida, de uma terra não ocupada ou um alguém suspeito. A violência revela-se independentemente do esforço, cuidado ou julgamento individual.

Ademais, a apreensão das expressões da questão social, como a violência sexual, exigem o conhecimento dos fundamentos, assim sendo, a dimensão teórico-metodológica é condição para a intervenção qualificada, análise da realidade e apreensão das demandas. A importância de incorporar a razão dialético-materialista crítica à formação profissional de assistentes sociais foi apontada por Guerra (2019) quando expõe que a formação profissional em sua produção acadêmico-científica tem apresentado distintos projetos de educação e profissão, quando poderia ser orientada por um consistente e coerente projeto de profissão, no qual os profissionais tenham

fundamentação teórico-metodológica para interpretar a realidade e intervir nela, a partir do conhecimento dos fundamentos do trabalho profissional e da direção social imputada a ele, no sentido de dar respostas qualificadas às demandas no mesmo nível de criticidade que analisam a lógica da sociedade burguesa, suas determinações e contradições.

Para Yazbek (2019), os fundamentos consistem na matriz explicativa da realidade e da profissão, por isso, a dimensão teórico-metodológica dos fundamentos contempla o movimento da história capitalista, a questão social e suas expressões, a concepção de profissão nesse movimento histórico, o trabalho como categoria fundante. Logo, o significado social da profissão, "suas demandas, tarefas e atribuições, devem ser identificados dentro da trama das relações sociais que constituem as relações sociais capitalistas, e particularmente nas respostas que a sociedade e o Estado constroem frente a questão social" (Yazbek, 2019, p. 49).

Sendo o exercício profissional conformado pelas diversas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, estas devem ser apreendidas em sua totalidade, pois se autoimplicam e atuam conjuntamente entre si, podendo ter predomínio de uma sobre a outra na execução de determinada competência ou atribuição profissional. Nesse sentido, entende-se que uma não existe sem outra. A dimensão técnico-operativa consiste na forma de aparecer da profissão, responsável pela sua autoimagem, e dela emana a resolutividade das demandas em que se intervém. Tal dimensão vela a dimensão ético-política, a qual representa a direção social adotada pelos/as profissionais, que podem atuar na reprodução ideológica da sociedade capitalista ou na contra-hegemonia. Por sua vez, a dimensão ético-política encontra-se forjada pelos fundamentos teóricos, o qual possibilita a capacidade de submeter à crítica, de indagar a realidade, e orienta a profissão tanto no âmbito formativo, quanto nas intervenções profissionais (Guerra, 2017).

CAPÍTULO 2 — O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: DETERMINAÇÕES SÓCIO-HISTÓRICAS E CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL

O presente capítulo teve como objetivo realizar uma abordagem histórica da profissão no âmbito da saúde, acompanhando a trajetória do trabalho profissional na dinâmica societária e os rebatimentos na política de saúde brasileira até os dias atuais. Nele, apresentamos os marcos legais do atendimento à violência sexual no SUS, os serviços públicos de saúde do município de Parintins–AM, bem como as condições de trabalho presentes nos serviços de atendimento à violência sexual, especialmente, hospitais e SAVVIS.

2.1 Elementos históricos do Serviço Social na saúde e os rebatimentos no Amazonas

A nível mundial, a inserção de assistentes sociais na saúde data desde o início do século XX, quando, nos Estados Unidos, ocorreu uma expansão dos serviços de saúde, principalmente com os hospitais. A partir de 1905, os/as assistentes sociais passam a desenvolver sua prática em diferentes hospitais dos Estados Unidos, onde tal ação realizava-se como mecanismo de controle estatal (Bravo, 2014). Segundo Martinelli (2003), foi nesse mesmo ano que se ouviu pela primeira vez falar em Serviço Social Médico com o Dr Richard Cabot. Esse médico considerava indispensável a participação de assistentes sociais nas equipes de saúde, logo, não demorou para que a presença desses profissionais crescesse em outros hospitais de Massachusetts, nos Estados Unidos.

No Brasil, a relação do Serviço Social com o campo da saúde é histórica, seu surgimento como profissão se intercala com a origem da saúde enquanto política pública. Se, atualmente, há assistentes sociais inseridos nesse espaço sócio-ocupacional em seus diversos setores, desempenhando um papel fundamental no planejamento, gestão, avaliação e execução de políticas e programas, é porque sua função é indispensável e tem sido requisitada no campo da saúde, desde que esta ainda estava distante dos modelos de políticas públicas vigentes no país.

Conforme Behring e Boschetti (2011), é na década de 1930 que se esboçam as primeiras políticas sociais brasileiras, formuladas nos moldes daquelas existentes nos países chamados

“desenvolvidos”, como, por exemplo, o sistema de cobertura de riscos, a regulação dos acidentes de trabalho, as aposentadorias e pensões, os auxílios doença, maternidade, família e seguro-desemprego. É nesse período que foi criada, de forma embrionária, uma política de saúde, pressuposta em dois eixos: a saúde pública e a medicina previdenciária (Behring; Boschetti, 2011).

Conforme os estudos de Bravo (2014), o trabalho nos serviços de saúde brasileiros eram voltados para a prática educativa, para o ensino de hábitos de higiene e saúde, visando minorar os problemas sanitários e doenças de massa, como tuberculose e febre amarela. Tal perspectiva influenciou as escolas de Serviço Social do Rio de Janeiro, principalmente a Escola Técnica de Assistência Social, vinculada à Secretaria Geral de Saúde.

No Brasil, o trabalho dos/as assistentes sociais na saúde iniciou a partir de 1940 com o “Serviço Social Médico”, no qual assistentes sociais eram considerados paramédicos, profissionais que auxiliavam os médicos, num período histórico em que o positivismo era predominante em diversas áreas do saber, incluindo a saúde (Matos, 2014).

Em 1941, de acordo com Marsiglia, Carreira e Amaral (2016), 23% dos/as assistentes sociais formados pela Escola de Serviço Social de São Paulo, estavam empregados nos hospitais particulares, e gradualmente ganhavam espaço nos ambulatórios e centros de saúde pública.

O Serviço Social Médico tinha como tripé de intervenção a educação, higiene e saúde. Desempenhava práticas de puericultura e profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias, realizando triagens, fichas, concessão de auxílios financeiros, sempre na perspectiva de facilitar à clientela a adesão aos serviços médicos (Bravo, 2014).

> A tônica do discurso e da prática do Serviço Social na Saúde, como também nas outras áreas, foi a ação educativa, e posteriormente a “tecnificação” da assistência. A educação do povo, a instrução da família, a fiscalização sanitária foram considerados fundamentais, pois se pautavam na noção do proletariado como tendo um baixo nível cultural, o que se agravava com a insuficiência de recursos econômicas desde a necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do “paciente” às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (Bravo, 2014, local.2285).

Nesse período, especificamente em 1945, a saúde já se delineava como um dos principais campos de exercício profissional (Bravo; Matos, 2009). Isto porque a saúde, nesses anos, passou a priorizar os aspectos biopsicossociais, a partir da influência de estudos realizados por organismos internacionais sobre as condições de saúde da população, principalmente em países

periféricos. Tal perspectiva fez com que diversos profissionais fossem requisitados para trabalhar em equipes multidisciplinares, nos programas prioritários de saúde, os quais desempenhavam trabalho educativo, porém, seguiam a perspectiva normativa na vida das pessoas, em relação às questões de higiene e saúde (Bravo; Matos, 2009).

No que se refere aos anos 1950, existiu um forte apelo à ideologia desenvolvimentista advinda da ascensão do Estado de Bem-Estar Social em países da Europa, período em que é disseminado no Brasil o movimento sanitarista desenvolvimentista, que seguiu a mesma lógica dos anos anteriores, "uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa" (Baptista, 2007, p 40).

Na década de 1960, principalmente, no pós-1964, o Serviço Social inicia um processo de erosão de suas bases tradicionais, influenciado pelo ideário desenvolvimentista e pelo regime ditatorial. Novas demandas postas pela questão social se colocam para o/a assistente social requisitando intervenções como o Desenvolvimento de Comunidade (Netto, 2017b). Nesse período, o/a assistente social passa a integrar equipes multiprofissionais, com inserção no aparelho administrativo estatal.

> Vislumbra-se, no primeiro lustro dos anos 1960, um duplo e simultâneo movimento: o visível desprestígio do Serviço Social "tradicional" e a crescente valorização do que parecia transcendê-lo no próprio terreno profissional, a intervenção no plano "comunitário". E aqui, rebatendo mediatamente o processo sociopolítico em curso e as suas tensões, divisavam-se três vertentes profissionais — uma corrente que extrapola para o Desenvolvimento de Comunidade os procedimentos e as representações "tradicionais", apenas alterando o âmbito da sua intervenção; outra, que pensa o Desenvolvimento de Comunidade numa perspectiva macrossocietária, supondo mudanças socioeconômicas estruturais, mas sempre no bojo do ordenamento capitalista; e, enfim, uma vertente que pensa o Desenvolvimento de Comunidade como instrumento de um processo de transformação social substantiva, conectado à libertação social das classes e camadas subalternas (Netto, 2017b, local.130).

Nessa conjuntura, "o Serviço social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica-previdenciária" (Bravo: Matos, 2009, p. 202). O Serviço Social passa a fazer parte da coordenadoria dos institutos previdenciários com a criação da Secretaria Nacional de Bem-estar, responsável pela direção do Instituto Nacional de Previdência Social, no qual existiam três coordenadorias, sendo elas: Serviço Social, Reabilitação Profissional e Planejamento (Bravo, 2010).

> O Serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. Foi ressaltada a contribuição do assistente social nas equipes interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento, e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram a obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica (Bravo, 2010, p. 102).

A assistência médica previdenciária era a maior empregadora de assistentes sociais, com pouca expansão para a saúde pública ou coletiva (Bravo, 2010). Os/as assistentes sociais que trabalhavam na Previdência Social, no Ministério da Saúde, ou de forma liberal em consultórios particulares, tinham sua prática voltada para a medicina curativa, comunidade terapêutica e terapia familiar. Pouco a pouco essa tendência passa ser repensada e questionada pela categoria, ainda que de forma fragmentada, impulsionada pelo Movimento de Reconceituação e processo de abertura política brasileira (Bravo, 2010).

Nessa direção, a política de saúde passa por um processo de transição do modelo dominante privatista para a formulação de uma política universal e acessível a todos, encabeçada pelo projeto de Reforma Sanitária, no bojo do movimento democrático que surgiu como frente de oposição à ditadura civil-empresarial-militar brasileira. Assim, o SUS nasce como proposta inovadora em saúde, fruto da Reforma Sanitária e inserido na concepção de Seguridade Social pensada para o Brasil.

Durante a década de 1980, a profissão vivencia um processo de maturação com a chamada intenção de ruptura e a perspectiva marxista. Os/as profissionais estão, em suma, centrados nas universidades, com pouco avanço para o mundo dos serviços e instituições estatais (Cfess, 2010). Ainda assim, a categoria encontrava-se pouco articulada com a proposta da Reforma sanitária e incipiente produção de conhecimento vinculado a este campo. Isso está relacionado com a disputa de distintos projetos políticos em torno da Reforma Sanitária, o avanço da ofensiva neoliberal e processo de desenvolvimento da profissão (CFESS, 2010).

Segundo Bravo (2010), o processo transitório democrático pensado para a política de saúde brasileira girava em torno de três eixos: “a politização da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais” (Bravo, 2010, p. 140). Neles todos, o Serviço Social teve pouca participação e contribuição.

A concepção de uma política de saúde universal, pela qual aspirava o projeto de Reforma Sanitária, estava estruturada na construção de um sistema unificado de saúde, o qual privilegiasse:

> reordenamento setorial, com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para a esfera estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde (Bravo, 2009, p. 96).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, em 1986, representou o grande marco desse debate, tendo como pauta central a questão da saúde e sociedade, e a proposta da Reforma Sanitária. Tais anseios para política de saúde saíram com a promessa de serem legitimados na promulgação da Constituição de 1988, contudo, o processo constituinte não ocorreu isento de lutas e acordos políticos, especialmente para a política de saúde brasileira (Bravo, 2009). Foi na década de 1980 que a política se consolidou como concepção de direito social e dever do Estado, propiciado pelo processo de transição democrática e Reforma Sanitária, dirigido por diversos atores sociais. Ainda assim, o novo formato de política democrática, encontrou desafios para sua consolidação, como, por exemplo, a crise econômica que se espraia ao longo da década, o avanço do conservadorismo e neoliberalismo, trazendo repercussões não favoráveis a classe que vive do trabalho (Bravo, 2009).

Segundo Menezes (2011), em 1990, em meio a tentativa tardia de implantar o Estado de bem-estar social, o Brasil, com situação econômica arruinada pela inflação e parte da população em estado de pobreza, adentrou o período de efervescência neoliberal, buscando se modernizar aos moldes dos países capitalistas. As contrarreformas iniciadas nessa década, trouxeram efeitos nefastos ao sistema de proteção social brasileiro, que vigoram até os dias atuais. Sob o argumento da crise fiscal do Estado, esses governos afetaram as políticas sociais sob o trinômio privatização, focalização e descentralização. Apesar dos avanços na área da saúde, as divergências entre o projeto neoliberal e o movimento da Reforma Sanitária eram evidentes. O conceito de Seguridade Social não era contemplado no governo de Collor, pois sua gestão buscava soluções no clientelismo para as mazelas da população e os movimentos sociais eram esquecidos. Posteriormente, a gestão de Fernando Henrique Cardoso fortaleceu as medidas neoliberais em curso.

Nos anos 2000, com o governo Lula, apesar da aproximação com os ideais da Reforma Sanitária e o Sistema de Seguridade Social, deu-se continuidade às políticas voltadas para os interesses privados, desfinanciamento, terceirização e precarização da saúde. Importa salientar que o avanço dos governos de extrema-direita no Brasil, com Temer e Bolsonaro, significou constantes ataques ao SUS, como a Emenda Constitucional 95/2016, que limitou o papel do Estado nos serviços públicos e nas políticas de proteção social, e a PEC 241/2016, que estabeleceu um novo regime fiscal e limitou os gastos públicos por 20 anos (Costa; Chioro; Sóter; Moretti, 2016). Em suma:

> Desde o golpe de 2016, diversos indicadores de saúde progressivamente pioraram. A redução da cobertura de todas as vacinas, que se agravou no governo Bolsonaro a patamares críticos, já estava em curso. Nesse período, pode-se observar o aumento da mortalidade materna e a estagnação da mortalidade infantil, que vinha reduzindo, até então, à taxa anual de 0,4%. Inaceitavelmente, houve aumento de internações de bebês com desnutrição grave, que expressa o retorno da fome e o (des)cuidado generalizado com a primeira infância. Esse cenário desnuda a deterioração do MS, que foi militarizado e promoveu o desmonte de políticas e programas do SUS (Chioro; Costa, 2023, p. 6).

Ao concluir, consideramos relevante apresentar, brevemente, alguns aspectos dessa história na particularidade do Amazonas. O Serviço Social no Amazonas, de que se tem registro, iniciou em 1941 com a fundação da primeira escola de Serviço Social de Manaus, tendo como fundador e diretor, André Vidal de Araújo. A escola atuou durante anos, pela iniciativa privada, até, em 1968, ser vinculada à Universidade do Amazonas (UA), hoje UFAM (Andrade; Silva; Menezes; Freitas, 2023). Em Parintins, as políticas de saúde pública surgem, principalmente, com a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na região amazônica, no ano de 1942. O SESP foi um serviço de abrangência nacional, com divisão descentralizada: "o nível regional foi gerido a partir dos programas, e o nível local com os distritos sanitários, os postos de higiene e os hospitais" (Sousa, 2011, p. 26).

> No que diz respeito ao Estado do Amazonas, entre os anos 1942 a 1945, o SESP implantou serviços nos municípios de Manaus, Fonte Boa, Benjamin Constant, Eirunepé, Lábrea, Parintins, Uaupés, Manicoré, Itacoatiara, Maués e Tefé, além de subpostos nos municípios de Ervira, Carauarí, São Paulo de Olivença e Borba. [...] O SESP foi responsável pela criação de uma rede de serviços no interior que passou a atuar de forma permanente, com destaque para profilaxia de doenças transmissíveis, dentre as quais, conforme quadro de atendimentos, se destacam as helmintoses, malária e gripe (Sousa, 2011, p. 34-35).

De acordo com Bravo (2014), a atuação dos serviços de saúde, como o SESP, não incorporou o trabalho dos/as assistentes sociais, estes continuaram centrados em hospitais e ambulatórios, pelo menos até 1975. O SESP contava com médicos, enfermeiras e visitadoras de saúde, futuramente também enfermeiras (Sousa, 2011).

O SESP, depois transformado em Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), deixou de existir na década de 1990. Em Parintins, a sede onde funcionava, deu lugar ao atual Hospital Jofre Cohen, inaugurado nos anos 2000 (Sousa, 2011; Rosário, 2013). Em 1976, foi criado o Hospital Padre Colombo, de caráter filantrópico, fundado pela diocese de Parintins (Rosário, 2013). Também, em 1978, foi fundada a policlínica Padre Vitório (Schor; Oliveira, 2016). Pode-se dizer que essas unidades foram pioneiras na estruturação da rede de serviços de saúde em Parintins, reflexos da expansão do projeto hegemônico desenvolvimentista intensificado na Amazônia a partir da segunda metade do século XX e posteriormente implantação do SUS. A ampliação dos serviços no município ocorreu, principalmente, a partir de 2005, com a criação de laboratórios e serviços de clínica médica especializada, e unidades básicas de saúde (Schor; Oliveira, 2016), que conformam a atual estrutura de saúde pública do município. No item seguinte, trouxemos os marcos legais do atendimento à violência sexual no contexto do SUS.

2.2 O tema da violência na agenda pública e os preceitos legais do atendimento no âmbito do SUS

Durante o século XIX, a questão social alastrava-se de forma profusa no mundo. O abandono, a pobreza e a violência eram as expressões mais contundentes que atingiam, sobretudo, a infância e a juventude. Decorrente disso, formularam-se políticas públicas para o tratamento dessas questões, que naquele período, resultaram em políticas fragmentadas de caráter repressivo, correção e criminalização da pobreza. Somente no final do século XX, as políticas voltaram-se para a perspectiva dos direitos humanos, com o apoio de organismos internacionais (Freire, 2015).

Segundo Esber (2008), no reconhecimento da violência sexual como questão pública, política e de saúde destacam-se quatro marcos históricos no âmbito internacional e nacional. O primeiro marco são os mecanismos legais que deram respaldo para a criação dos direitos das crianças e adolescentes, especialmente, a Declaração de Genebra em 1924, e a Declaração

Universal dos Direitos da Criança pela ONU em 1959, e no panorama brasileiro, a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (8.069/1990).

O segundo marco, é a visibilidade dada pelos movimentos sociais, dentre eles, o Movimento Feminista, o Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua, e o Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra crianças e adolescentes. A luta dos movimentos sociais foi determinante para a atenção dispensada às políticas públicas.

O terceiro marco caracterizou-se pelas produções acadêmico-científicas que evidenciavam a urgência da formulação de políticas públicas para a infância e juventude relacionadas ao tema da violência sexual contra crianças e adolescentes, pesquisas que cresceram a partir dos anos 1970.

E o quarto marco corresponde às iniciativas de organismos governamentais e não-governamentais que emergiram como resposta aos três marcos supracitados. Disso, no Brasil, resultou a criação das seguintes políticas sociais:

> O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, criado em 2001 pelo Ministério da Justiça, em parceria com a sociedade civil; a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria MS/GM no 737, de 16 de maio de 2001 e o Programa Sentinela, criado em dezembro de 2000 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Esber, 2008, p. 27–28).

Lima (2012) expõe que no Brasil, o primeiro caso de abuso sexual foi estudado no ano de 1973. Anteriormente, no ano de 1895, ocorreu a primeira denúncia de abuso sexual contra uma criança, feita a um policial. E em 1912 foi apresentado um projeto de lei à Câmara dos Deputados, que consistia na criação de juízos e tribunais especiais para intervirem em questões de abuso sexual infantojuvenil. Conforme a autora, o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes passa a ser uma questão pública de abrangência nacional e internacional, a partir de 1990, com a criação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Segundo Azevedo e Guerra (2009), a violência contra crianças e adolescentes ganhou visibilidade social no contexto brasileiro, quando passaram a questionar o código de menores e a política de bem-estar do menor, pois se constituíam como “ordenamentos do regime autoritário” (2009, p. 293).

No mesmo período, cresciam a atuação de movimentos sociais, entre os quais aqueles que denunciavam a violência contra as mulheres, foi criado o SOS Mulher, organizações não

governamentais, pioneiras no atendimento as mulheres em situação de violência. A efervescência dos debates contribuiu para o reconhecimento da questão da violência pelo Estado:

> Nesse percurso, o movimento feminista teve um papel preponderante no que tange a lutas e conquistas de políticas sociais para as mulheres que sofrem violência. Inicialmente, a atuação das feministas esteve mais ligada à perspectiva de denunciar a violência contra a mulher e, num segundo momento, desenvolveu ações buscando garantir o atendimento e o apoio através de serviços específicos para as mulheres que viviam situações de violência, como os SOS Mulher e as Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM) (Lisboa; Pinheiro, 2005, p. 200).

Em 1985, é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher que influenciou a redação da Carta Magna de 1988; em 2003, temos a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; e como marco no enfrentamento à violência contra as mulheres, a Lei Maria da Penha n.º 11.340/2006. Também, em 2011, merece destaque a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que instituiu uma rede de atendimento à mulher em situação de violência. Tal rede disponibiliza os seguintes serviços:

> Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher, Casas-Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), Núcleos ou Postos de Atendimento à Mulher nas Delegacias Comuns, Polícia Civil e Militar, Instituto Médico Legal, Defensorias da Mulher, Juizados de Violência Doméstica e Familiar, Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Ouvidorias, Ouvidoria da Mulher da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos, Núcleo da Mulher da Casa do Migrante (Brasil, 2011, p. 30).

Em relação ao atendimento em saúde, as políticas voltadas às mulheres restringiam-se aos programas materno-infantis, com enfoque para as demandas de parto e gravidez e cuidado de crianças. Esses programas efetuavam-se a partir de uma visão estritamente biológica da saúde, nos quais as mulheres eram reconhecidas somente na ocupação dos papéis de mãe e trabalhadora doméstica (Brasil, 2004).

Como as políticas eram formuladas e organizadas inquietou os movimentos de mulheres e feministas, os quais teceram fortes críticas à visão reducionista predominante nessas políticas, cuja assistência não contemplava as outras fases da vida da mulher, que não fossem gravidez e puerpério. Por essa razão, os movimentos buscaram denunciar as condições desiguais que as

mulheres vivenciavam, dando visibilidade ao debate sobre a saúde sexual e reprodutiva delas (Brasil, 2004).

> As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e consequentemente na qualidade de vida da população (Brasil, 2004, p. 16).

Diante dessas reivindicações, exigia-se que as mulheres fossem vistas como sujeitos de direitos, considerando, também, outras pautas que trouxessem melhorias para as condições de vida da população e dos segmentos sociais mais vulnerabilizados. Tendo em vista essa conjuntura, surge, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual

> incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 2004, p. 17).

A implementação do programa articula-se ao momento da Reforma Sanitária e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tão logo incorporou os princípios e diretrizes estabelecidos pela legislação corrente: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080/1990, Lei n.º 8.142/1990, a Norma Operacional Básica (NOB/1996) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001). Desde então, houve alguns avanços para a saúde da mulher, principalmente após o processo de municipalização das ações e serviços advindos com a NOB de 1996 (Brasil, 2004).

Apesar disso, essas e outras políticas de saúde destinadas às mulheres demonstraram dificuldades e insuficiência no processo de suas ações, pois o trabalho ainda se desempenhava para a resolução dos problemas, "priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção)" (Brasil, 2004, p. 18). Por outro lado, os pontos positivos consistiram no rompimento das ações verticalizadas, o não tratamento isolado das situações com a inserção da integralidade, assim como o espaço para a abordagem do tema da violência sexual, até então incipiente nas políticas de saúde (Brasil, 2004).

Em 1998, o Ministério da Saúde elaborou a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, o que garantiu medidas para o atendimento integral e multidisciplinar referentes à demanda. Atualmente, a norma encontra-se em sua terceira edição, publicada em 2012, tendo como principal objetivo "auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres" (Brasil, 2012, p. 10).

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual dispõe de parâmetros para nortear o atendimento no sistema de saúde, entre os quais destacamos os seguintes objetivos gerais:

> - Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
> - Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
> - Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004, p. 67).

Destacamos também, entre os objetivos específicos da política, o eixo referido à violência sexual:

> - Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
> - Organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
> - Articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids;
> - Promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (Brasil, 2004, p. 70).

Assim, a PNAISM representou um importante avanço para a configuração de uma rede nacional voltada à atenção em saúde das múltiplas formas de violência sexual. Do mesmo modo, a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual (2012) integra tal rede, uma vez que corresponde aos eixos da PNAISM, e está embasada pelos princípios do SUS, visando não somente apresentar procedimentos de prevenção e tratamento de agravos da violência sexual no âmbito da saúde pública, como também informar o conhecimento

acerca da violência sexual sob o enfoque de gênero. O documento está estruturado nos seguintes capítulos: Organização da Atenção; Normas Gerais de Atendimento; Apoio Psicossocial; Anticoncepção de emergência; Doenças sexualmente transmissíveis não virais; Hepatites Virais; Infecção pelo HIV; Acompanhamento Laboratorial; Gravidez decorrente de Violência Sexual; Procedimentos de Justificação e Autorização para Interrupção de Gestação prevista em lei; Procedimentos de Interrupção da Gravidez; e Coleta de Material.

A Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios, lançada em 2015, direciona-se principalmente aos médicos para a execução dos procedimentos técnicos, mas também fornece um conjunto de dados necessários para o atendimento qualificado dos/as profissionais de saúde, tendo como premissa fundamental o atendimento humanizado às pessoas em situação de violência sexual.

Importa destacar que as duas Normas Técnicas, preveem atendimento realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, que disponham de atendimento psicológico e social; disponibilização de todas as informações necessárias sobre os serviços e etapas do atendimento; ambiente físico específico e adequado para a execução dos procedimentos, de forma a garantir a privacidade das vítimas e sem identificação nominal do espaço; preenchimento imediato da Ficha de Notificação Compulsória; entre outros aspectos garantidos. Temos, ainda, as normas técnicas Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2005); Atenção Humanizada ao Abortamento (2011) e; Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde (2011).

Isto posto, cabe destacar o decreto n.º 7.958/2013, a Lei do Minuto Seguinte n.º 12.845/2013, e a Portaria n.º 485 de 2014, os quais regulamentam o atendimento obrigatório e integral dessa demanda nas instituições de saúde. O decreto n.º 7.958/2013 estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, e da segurança pública. Por sua vez, a Lei do Minuto Seguinte, estabelece o atendimento emergencial, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual nas unidades hospitalares do SUS, “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” (2013, p. 1). Por conseguinte, a Portaria n.º 485 de 2014 redefine o funcionamento dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, com a possibilidade de serem organizados em todas as unidades de saúde com funcionamento em regime integral: 24 horas por

dia, durante os 7 dias da semana. Além disso, a portaria classifica os serviços como parte da atenção integral prestada a mulheres, adolescentes, crianças, homens e pessoas idosas em situação de violência sexual.

Em 2023, entrou em vigor a Lei 14.679/2023 que altera a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9.394/1996) e a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), para incluir a

> proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes entre os fundamentos da formação dos profissionais da educação e para incluir a proteção integral dos direitos humanos e a atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual contra crianças e adolescentes entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2023, p. 1).

Também em abril de 2024, foi sancionada a Lei 14.847/2024 que altera a Lei Orgânica da Saúde, para garantir salas de atendimento exclusivas no SUS e rede conveniada às mulheres vítimas de violência. O texto prevê acolhimento privativo e individualizado às vítimas após a violência sofrida. As salas de atendimento, ou Sala Lilás, como são chamadas, deverão ser alocadas em espaços de menor fluxo de profissionais e usuários/as dos serviços de saúde, além do acesso ser restringido às pessoas não autorizadas pela vítima, especialmente agressores (Brasil, 2024). Por último e não menos importante, temos o ECA e a Lei Maria da Penha, ambos fundamentais no enfrentamento às violências.

Dessa forma, não resta dúvida de que a violência sexual é uma questão de saúde pública, e os serviços de saúde devem ser investigados e estarem na pauta dos debates políticos e sociais do Estado e da sociedade civil, para que o atendimento integral e gratuito seja um direito acessível a todos/as. Garantir a ampliação e estruturação da rede de atenção às pessoas em situação de violência sexual é uma demanda urgente para a prevenção, enfrentamento e o cuidado com esse público. Após conhecermos os marcos legais que regem a atenção em saúde às pessoas em situação de violência sexual, apresentamos, a seguir, os serviços de saúde do município de Parintins, detalhando onde se encontram os campos e as participantes da presente pesquisa.

2.3 Os Serviços de Saúde Pública em Parintins–AM

No tempo presente, os serviços de saúde do município de Parintins, comportam diversas unidades tais como: hospitais, unidades básicas de saúde, policlínicas, centros de atenção psicossocial, unidades de pronto atendimento.

O quadro a seguir, detalha os principais serviços que compõem a rede de saúde da zona urbana do município:

Quadro 2 - Serviços de saúde pública de Parintins (zona urbana)

Centros de Saúde e Unidades Básicas:	Centro de Saúde Dr. Toda	Centro de Saúde Galianni	Centro de Saúde Waldir Viana	Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua	UBS Mãe Palmira
	UBS Tia Leó	UBS Darlinda Ribeiro	UBS Bairro da União	UBS Paulo Pereira	UBS Aldrin Verçosa
Policlínicas, Laboratórios, e Serviços Especializados:	Policlínica Municipal Padre Vitório	Ambulatório de Especialidades Dr Tarcísio Layme (AME)	Laboratório Regional Matheus Penna Ribeiro	Centro de Telemedicina e Telessaúde	Unidade de Pronto Atendimento
	Banco de Sangue Amilcar Monte Rey	Vigilância Sanitária	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Raimundo Gonçalves	Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS)	Centro de Testagem e Aconselhamento
Centros de Atenção Psicossocial:	CAPS Adolfo Lourido		CAPS AD Renato Menezes		
Hospitais Gerais:	Hospital Jofre Cohen		Hospital Padre Colombo		

Fonte: Elaboração própria (2024).

A presente pesquisa localiza-se no âmbito da Atenção Especializada da saúde de Parintins. A observação de campo, foi de suma importância para definição do lócus da pesquisa, tais como: Hospital Jofre Cohen, Padre Colombo, e SAVVIS.

Nesse sentido, com o intuito de elucidar sobre os níveis de atenção, consideramos que a Atenção Primária é definida como

> um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (Ministério da Saúde, 2022, p.1).

Dessa forma, possui tecnologia, procedimentos e equipamentos mais simples, e dispõem de serviços, principalmente, nas unidades básicas de saúde através de programas voltados para saúde da família. Segundo o quadro acima, temos como integrantes da Atenção Primária do município de Parintins as seguintes unidades: Centro de Saúde Dr. Toda, Centro de Saúde Galianni, Centro de Saúde Waldir Viana, Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua, UBS Mãe Palmira, UBS Tia Leó, UBS Darlinda Ribeiro, UBS Bairro da União, UBS Paulo Pereira, e UBS Aldrin Verçosa.

A Atenção Especializada comporta serviços de média e alta complexidade. Os serviços de média complexidade são "encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas" (Ministério da Saúde, 2024).

Por sua vez, a Alta Complexidade é composta por

> Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade [...]. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco (Ministério da Saúde, 2024, p. 1).

Embora distintas, funcionam como redes de atenção à saúde, interligadas. Por exemplo, é possível que uma unidade de saúde especializada ofereça serviços que envolvam os três níveis de atenção. Geralmente, o/a usuário/a que busca atendimento em saúde, é prioritariamente atendido pela Atenção Primária, e de acordo com a necessidade e complexidade de cada situação, poderá ser referenciado para serviços ambulatoriais ou hospitalares (Atenção Especializada). Conforme o quadro acima, temos como integrantes da Atenção Especializada do município de Parintins as seguintes unidades: Hospital Padre Colombo, Hospital Jofre Cohen, CAPS Adolfo Lourido, CAPS AD Renato Menezes, Policlínica Municipal Padre Vitório, Ambulatório de Especialidades Dr Tarcísio Layme, Laboratório Regional Matheus Penna Ribeiro, Centro de Telemedicina e

Telessaúde, UPA Bumbódromo, Banco de Sangue Amilcar Monte Rey, Vigilância Sanitária, CEO, SAVVIS e Centro de Testagem e Aconselhamento.

Parintins é um município de referência na região de saúde do Baixo Amazonas[2], oferecendo atendimento aos municípios vizinhos do estado e também do Pará. Conforme o Relatório de Gestão municipal (2023), a rede de saúde local está organizada em três eixos: Gestão, Assistência e Vigilância em Saúde, ofertando serviços disponíveis na Atenção Primária; Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar; e Vigilância em Saúde.

O Hospital Jofre Cohen atua como Serviço de Pronto Atendimento de Urgência-Emergência e Internação Hospitalar, dispondo de Eletrocardiograma, Tomografia, Radiologia e Ultrassonografia e SAVVIS. E o Hospital Padre Colombo atua como Serviço materno-infantil, Serviço ambulatorial especializado e exames de imagem, dispondo de Pronto Atendimento de Urgência-Emergência e Internação Hospitalar-Maternidade, Cirurgias, Ortopedia, Pediatria, Ginecologia e Cardiologia, Eletrocardiograma, Radiologia e Ultrassonografia (Parintins, 2023).

Por sua vez, o SAVVIS, serviço de atendimento especializado às vítimas de violência sexual, funciona na unidade hospitalar Jofre Cohen, e dispõe de atendimento com equipe de especialistas e, atualmente, atende a demanda da zona urbana de Parintins, e rural: Vila Amazônia e distritos do Caburi e Mocambo. Atende também situações oriundas do município de Barreirinha–AM, portanto, configurando-se como um dos principais polos de atendimento à população da região do Baixo Amazonas, no estado do Amazonas.

2.4 As condições de trabalho nos hospitais e SAVVIS

O processo de trabalho do/a assistente social se realiza sobre a existência de condições objetivas. Com base em Marx (2013), o processo de trabalho se compõe da força de trabalho, da finalidade, do objeto e do meio de trabalho. Compreendemos a utilização da força de trabalho como o próprio trabalho, ou a capacidade de trabalho, o "complexo das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em

[2] No estado do Amazonas, a região de saúde "Baixo Amazonas" é formada pelos municípios de Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Parintins, Maués e Nhamundá (Koide, 2023).

movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo" (Marx, 2013, p. 180). Trabalho esse que se caracteriza por ser uma atividade designada a um fim. Para tanto, faz uso do objeto de trabalho, um elemento preexistente na terra, no qual o ser humano apenas o separa dessa totalidade por intermédio do trabalho, como, por exemplo, o peixe retirado da água, a madeira da floresta, e o minério das minas. Quando o objeto de trabalho foi modificado por um trabalho anterior, torna-se matéria-prima. Por sua vez, o meio de trabalho é o instrumento ou conjunto de instrumentos apossados pelo ser humano para a realização do trabalho, ou seja, na relação entre si e o objeto de trabalho. Os meios dispõem de propriedades físicas, mecânicas e químicas úteis para atuar sobre outras coisas, seguindo uma finalidade. A pedra, por exemplo, encontrada na terra, pode servir para arremessar, moer ou cortar, etc., portanto, é um meio de trabalho, manuseada pelo ser humano em relação à natureza.

Logo, no exercício profissional do/a assistente social, o processo de trabalho compreende o conjunto de conhecimentos teóricos, metodológicos e éticos e os instrumentos técnico-operativos, mediados pelo contexto institucional, cenário onde se dão as práticas profissionais. Ou seja, o processo de trabalho do/a assistente social depende de recursos financeiros, técnicos, materiais ou humanos para ser efetivado via programas, projetos e serviços (Sarmento, 2016). Conforme Guerra (2021), a intervenção profissional se efetiva diante de condições objetivas adversas, movidas pela lógica burguesa, capazes de constranger qualquer prática profissional que busque superar a intervenção burocratizada, imediatista ou reformista. O Serviço Social, como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, encontra, nas suas condições objetivas, os baixos salários, os contratos temporários, a precarização de vínculos e as condições de trabalho inerentes a esse contexto (Santos; Manfroi, 2015), além da falta de recursos para o atendimento das demandas, exigência pelo desempenho de funções incompatíveis com a profissão, tratamento paliativo à questão social, entre outros (Guerra, 2021). Segundo Matos (2014), é por meio dessas condições, pela ação profissional, pelas requisições e respostas dadas que a profissão se constrói cotidianamente.

Nesse caminho, fez-se necessário trazer as condições de trabalho onde as assistentes sociais da pesquisa estão inseridas, pois tais condições também impactam a intervenção profissional nos hospitais e SAVVIS de Parintins.

No que diz respeito à jornada de trabalho das profissionais, podemos observar como a carga horária tem se organizado em cada unidade:

Quadro 3 - Carga horária de trabalho das assistentes sociais

MARIA DE MIRANDA	SAVVIS	40h semanais
PAGU	Hospital Padre Colombo	30h semanais
MARGARIDA	Hospital Jofre Cohen	36h semanais (plantonistas)
QUITÉRIA	Hospital Jofre Cohen	36h semanais (plantonistas)
ROSE	Hospital Jofre Cohen	36h semanais (plantonistas)
BERTHA	Hospital Padre Colombo	30h semanais
NÍSIA	Hospital Jofre Cohen	36h semanais (plantonistas)
DANDARA	Hospital Jofre Cohen	36h semanais (plantonistas)

Fonte: Elaboração própria (2024).

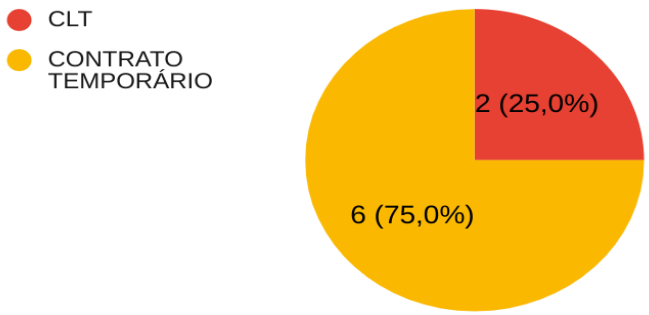
No Hospital Jofre Cohen, as assistentes sociais cumprem plantão diurno de 12h, com dois dias de folga. As mesmas trabalham em turno diurno, cumprindo cerca de 36h semanais na unidade. Além disso, ao regime de trabalho impõe-se o sobreaviso em caso de demandas emergenciais fora do horário convencional de trabalho, ou seja, durante o período noturno e aos finais de semana. No SAVVIS, a equipe cumpre 8h diárias de atendimento diurno, totalizando 40h semanais, também sujeitas à dinâmica do sobreaviso. No Hospital Padre Colombo, as profissionais exercem 6h diárias diurnas, no qual uma cumpre pela manhã e a outra pela tarde, totalizando 30h semanais, e ficam de sobreaviso aos finais de semana. Essas unidades de saúde não prestam atendimento noturno do Serviço Social cotidianamente, somente em situações de sobreaviso.

Segundo a Lei 12.317/2010, incorporada a Lei 8662/1993, artigo 5º-a, a jornada de trabalho dos/as assistentes sociais contratados é de 30h semanais sem redução do salário. Compete às instituições empregadoras em articulação com os/as profissionais a distribuição dessa carga horária conforme o que a lei regulamenta. Contudo, a aplicabilidade da lei ainda é um desafio à categoria profissional, haja vista que a maioria das instituições empregadoras não cumpre esse direito, como se observa na carga horária de trabalho das assistentes sociais do Hospital Jofre Cohen e SAVVIS, as quais ultrapassam às 30h regulamentadas. A lei tem como

objetivo reduzir a jornada para proporcionar melhores condições de trabalho. Para cumprir a jornada regulamentada, a instituição empregadora deve dispor de quantidade adequada de profissionais para atender às demandas, o que implica na contratação de mais profissionais. As dificuldades em torno da aplicação da lei significa a prevalência dos interesses neoliberais hegemônicos em detrimento dos interesses da classe trabalhadora. Depois de 13 anos, a lei das 30 horas constitui-se em pauta de luta política e social de abrangência nacional, que requer a mobilização da categoria, sindicatos e gestores de todas as esferas governamentais, contra a intensificação do trabalho dos/as assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais, principalmente na saúde.

No gráfico 1, observa-se que nenhuma das profissionais entrevistadas possui vínculo efetivo nas unidades de saúde onde se encontram empregadas. Seis profissionais têm vínculo de contrato temporário e duas estão sob regime celetista, ou seja, conforme a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

Gráfico 1 - Vínculo empregatício das assistentes sociais



Fonte: Elaboração própria (2024).

As condições contratuais impactam diretamente no exercício profissional, na realização de suas prerrogativas profissionais e na autonomia enquanto trabalhadoras. Contudo, o trabalho contratado e terceirizado tem crescido nos serviços públicos. Nessa conjuntura, os/as assistentes sociais estão submetidos à dinâmica da precarização e terceirização. A nova morfologia do trabalho se materializou com avanço da tecnologia científico digital, ditando um ritmo intenso de produtividade ao trabalho numa "dinâmica que aprofunda as taxas de desemprego e de precarização do trabalho em escala mundial" (Raichelis, 2021, p. 139). Para a autora, a

precarização do trabalho não passa de uma estratégia de acumulação capitalista que se fortalece no combo: flexibilização, terceirização e informalidade do trabalho.

Ceolin (2014) destaca como o processo de reestruturação produtiva e transformações societárias ocorridas pela crise expansionista do capital, na virada do século XX para o século XXI, reincidiu sobre o universo das profissões e diversas categorias profissionais. Na particularidade do Serviço Social, os dilemas no exercício profissional surgem, em virtude de sua condição assalariada, que nesse processo, se expressam em condições de trabalho precárias e limitação de sua autonomia profissional. Raichelis (2021), aponta que as/os assistentes sociais,

> na condição de trabalhadores(as) assalariados(as), são submetidos(as) aos mesmos processos de degradação e violação de direitos que sofre o conjunto da classe trabalhadora, no interior da heterogeneidade que a caracteriza. Dentre esses processos, ao lado do(a) servidor(a) público, estatutário com contrato regido por regime jurídico próprio (profundamente atacado nesse momento), encontramos os mais variados vínculos contratuais, entre os quais: os chamados PJs ou "pejotização" no jargão da área; a terceirização; o trabalho temporário; o trabalho em tempo parcial, por tarefa, por projeto; o trabalho intermitente, entre outros (Raichelis, 2021, p. 144).

É diante dessas condições que se realiza o trabalho profissional, marcado por tensionamentos, no qual se busca a viabilização de direitos sociais, enquanto as políticas sociais e serviços públicos são sucateados (Raichelis, 2009). Essa é a tendência que se propala a partir da década de 1990, quando a lógica financeira do capital impregna-se no aparelho estatal, reestruturando-o, com função cada vez mais minimizada em favor da classe trabalhadora e parcos recursos destinados ao campo social.

Como trabalhadores assalariados e como profissão imersa nessa dinâmica societária, os/as assistentes sociais vivenciam os rebatimentos que se expressam, principalmente, em baixos salários, intensificação da jornada de trabalho e insegurança nos vínculos empregatícios. Diante das falas de nossas entrevistas, podemos perceber que a rotina de trabalho nos hospitais é desgastante, com alta demanda, contudo, ao serem perguntadas sobre sugestões para o trabalho do Serviço Social percebe-se um certo receio nos relatos.

> *A gente gostaria muito que melhorasse, mas não adianta a gente ficar brigando questionando que a gente só perde, que são eles que determinam* (Quitéria, 2023).

> *É, no momento eu não tenho sugestão nenhuma, porque toda semana fazemos reuniões pra ver onde tem que ser melhorado o trabalho dentro da unidade. Então, creio que toda semana, com essa reunião, o trabalho segue e a gente vai se aprimorando cada dia mais, dando o nosso melhor* (Margarida, 2023).

> *Precisa melhorar muito, não vou dizer que não. O serviço público, em geral, precisa. Precisamos de uma política pública que dê atenção à gestante, às mulheres que têm necessidades, atenção às crianças. A saúde precisa melhorar. Aqui na minha sala a gente tem algumas coisas, a gente tem um computador, uma sala que é só nossa. Agora estamos dividindo a sala da psicóloga, porque a sala dela vai entrar em reforma. Mas se ela precisar atender alguém, ela pode usar os consultórios livres. E se for preciso eu atender alguém, ela sai caso o paciente não queira a presença dela. Tem o nosso armário, nossas coisas são suficientes.*
> (Pagu, 2023).

Quanto à fala de Pagu sobre o local de atendimento do Serviço Social, observamos que em ambos os hospitais e SAVVIS possuem uma sala própria com os equipamentos necessários para o atendimento, como computadores, mesas, impressoras, cadeiras, e armários. Porém, as salas são pequenas, adequadas para atendimentos individuais e não coletivos. A sala do SAVVIS é similar a de um consultório, porém não existe separação de sala de acolhimento e exames, estes últimos, são, sobretudo, realizados pelos setores do Hospital Jofre Cohen. Nesse sentido, existe a necessidade do SAVVIS dispor de um espaço ampliado para garantia do conforto das vítimas e da equipe, e estar estruturado com os equipamentos necessários ao atendimento da violência sexual conforme alta demanda, de modo que facilite a autonomia do atendimento pelo próprio serviço.

A resolução CFESS n.º 493/2006, ao dispor sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do/a assistente social, normatiza sobre os espaços de atendimento que devem ter espaço suficiente para os atendimentos e dispor de:

> a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional; b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional; c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado.

No que tange ao sigilo do material técnico do Serviço Social, estes encontram-se adequados com a referida resolução, dispondo de espaços reservados para o manuseio e armazenamento. Ademais, as falas demonstram a insegurança dessas profissionais para evidenciar as condições de trabalho, isso pode estar relacionado a instabilidade no trabalho devido às condições contratuais das participantes. No município de Parintins, por exemplo, a ausência de concursos públicos pela administração municipal é uma realidade há mais de 15 anos, evidenciando a fragilidade do serviço público no município. Além disso, as profissionais evidenciam a alta demanda que recai para o Serviço Social: "*Precisaria de mais assistentes*

sociais porque a demanda é grande" (Pagu, 2023). A instabilidade e insegurança nos empregos, o aumento de demandas e requisições sem a expansão de profissionais caracteriza-se como precarização do trabalho dos/as assistentes sociais (Raichelis, 2010). Ressalta-se que esses fatores têm impacto direto na saúde física e mental dos/as trabalhadores de saúde, podendo levar ao adoecimento (Neves; Moreira, 2018).

Isso tem sido uma realidade para os profissionais de saúde. O cenário que temos na atualidade é de alta demanda para poucos profissionais, que precisam atender com qualidade, dar respostas, mas com poucos recursos (Lourenço; Goulart; Anunciação; Lacaz, 2019). Segundo Raichelis (2010), a precarização do trabalho é percebida na maneira como os municípios brasileiros são geridos, em sua maioria, com frágeis estruturas institucionais, rotinas administrativas e técnicas incipientes, e pouco investimento em recursos humanos. As questões assinaladas pelos autores acima estão presentes na dinâmica dos serviços de saúde em Parintins, que pela conjuntura de precarização expandida para o mercado de trabalho e políticas sociais, acaba incidindo sobre o posicionamento crítico, a formação continuada, e a autonomia relativa dos/as assistentes sociais. Quanto à formação profissional das assistentes sociais, o quadro abaixo explicita:

Quadro 4 - Formação e titulação das assistentes sociais

ASSISTENTES SOCIAIS	UNIVERSIDADE	ANO DE FORMAÇÃO	TITULAÇÃO
PAGU	UNITINS	2010	Especialista
BERTHA	UNINORTE	2015	Graduação
MARIA DE MIRANDA	UFAM	2014	Especialista
QUITÉRIA	UNITINS	2009	Especialista
ROSE	UNITINS	2009	Especialista
NÍSIA	UFAM	2017	Cursando especialização
DANDARA	UNOPAR	2017	Graduação
MARGARIDA	UNITINS	2009	Especialista

Fonte: Elaboração própria (2024).

Somente Maria de Miranda e Nísia são formadas por universidade pública, a Universidade Federal do Amazonas - UFAM/Campus Parintins, em regime presencial. Pagu, Quitéria, Rose e Margarida formaram-se pela Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS, Dandara pela Universidade Norte do Paraná - UNOPAR, em regime EaD. Bertha formou-se pelo Centro Universitário do Norte - UNINORTE, em regime presencial. Segundo Ribeiro (2020), a UNITINS foi a primeira unidade que trouxe o curso de Serviço Social EaD em Parintins no ano de 2006.

O período correspondente à formação das assistentes sociais contrasta com a mercantilização do ensino e a modalidade EaD em cursos superiores, que se amplia a partir de 2010, tanto em instituições públicas quanto privadas (CFESS, 2022a). A tendência que atinge os cursos de graduação e as universidades condizem com a conjuntura de contrarreformas do Estado e ofensiva neoliberal beneficiando, sobretudo, interesses privados. Logo, a política de educação pautada na lógica mercadológica, de massificação e destituição da capacidade crítica, repercute na formação de assistentes sociais (Moraes, 2016).

Quando perguntadas sobre a possibilidade de formação continuada ou participação em eventos de cunho científico/acadêmico sobre a área profissional, as participantes respondem que existem dificuldades: "*É muito difícil, a gente não tem tempo pra isso. A gente participa, assim, em alguns itens"* (Quitéria, 2023). "*Não, a gente não tem participado porque o tempo não deixa"* (Rose, 2023).

Na citação seguinte, Nísia conta o que teria que ser feito para ir em busca de capacitação profissional ou participar de eventos acadêmicos, como o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), sejam presenciais ou remoto:

> *Há um interesse. Se eu me planejar como profissional e pessoal… já foi pedida a escala de férias, então cada um de nós já teve que enviar pro RH as nossas férias, e ainda nem sei quando será o próximo CBAS... pra eu fazer uma viagem dessas eu vou ter que trocar plantões, eu vou ter, de alguma maneira, pagar pra alguém tirar pra mim, o que gera um custo. Ou então quando eu voltar do recesso eu vou ter de cobrir aquele colega que tirou pra mim. Os online, realmente, é aquela questão do desgaste físico, um plantão de 12h, é muito puxado. Eu tiro um dia só pra ficar descansando. É complicado, difícil tentar conciliar* (Nísia, 2023).

Embora a maioria das participantes tenha especialização, existe a dificuldade da educação continuada. A capacitação tem ocorrido mais por iniciativa própria no Serviço Social dos hospitais. No que se refere a capacitação no tema da violência sexual, a qualificação tem sido

mais frequente no SAVVIS durante o Maio Laranja, provocadas pela administração municipal. Além disso, a assistente social do SAVVIS relatou estar realizando um curso de atualização em Manejo Clínico da Violência Sexual, ofertado no formato EaD. Já as participantes dos hospitais relataram não ter nenhuma capacitação relacionada ao tema da violência sexual, mais que já participaram de algumas ações alusivas, promovidas pela SEMSA, sobre o enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes.

A perspectiva de educação permanente que defendemos não é aquela que se coloca como um requisito para a mera empregabilidade no mercado de trabalho e de subserviência a funcionalidade do padrão dominante de educação, pelo contrário, a educação permanente que se busca para o Serviço Social é aquela pautada na formação crítica, que se desenvolve articulada com os direitos e interesses da classe trabalhadora (Nascimento; Oliveira, 2016). O/a profissional que visa imprimir essa direção à sua formação, está em oposição ao modelo hegemônico de educação permanente no país, ou seja, de viés mercadológico e enfoque tecnicista.

> Os impactos da crise do capital sobre a formação correspondem à massificação da lógica produtivista que demanda um profissional que responda de forma favorável e irrefletida à flexibilização do mundo do trabalho, com enfoque na supervalorização de um perfil profissional polivalente, competitivo e que não questiona a realidade, não reflete sobre a prática, configurando-se às constantes mudanças e as condições cada vez mais precárias de trabalho, intensificando assim, o quadro de competitividade (Nascimento; Oliveira, 2016, p. 151-152).

Importa salientar que a educação permanente também se realiza com a capacidade investigativa no trabalho profissional. A profissão compõe-se de duas dimensões interdependentes, a interventiva e a investigativa. Nesse sentido, a dimensão investigativa corresponde a produção de conhecimento e pesquisas que possam subsidiar o processo interventivo. Nas entrevistas foi observado que existe a tentativa de investigação das demandas nos momentos que surgem dúvidas sobre demandas ou de leis que sofreram atualizações:

> *Quando se trata de algo que eu tenho dúvidas, eu sento, sim, eu dou uma investigada nessa questão pra poder eu fazer o meu trabalho melhor. Mas tem casos que a gente não sabe mesmo e a gente precisa, sim, se aprofundar, procurar artigos e teses, ou até mesmo, por exemplo, uma lei que a gente desconhece na hora e a gente pesquisa pra poder a gente ver um resultado melhor em cada caso* (Margarida, 2023).
>
> *Eu tento buscar o que tá atualizado pra dar continuidade* (Dandara, 2023).

> *Eu faço pesquisas sobre demanda, porque eu entendo que pra te dar continuidade numa situação tu precisa ter conhecimento teórico. Como que tu vai falar uma coisa que tu não tem conhecimento, tu tem prática, mas tu não tem conhecimento. Então eu sempre procuro até pra me embasar mesmo, num relatório precisa, é necessário* (Pagu, 2023).

A prática investigativa é pressuposto para a intervenção. A articulação dessas dimensões se faz necessária para qualificar o trabalho, as técnicas e instrumentos empregados, traz direcionamento político e dá significado à intervenção (Nascimento; Oliveira, 2016). O processo de conhecimento fornece elementos que permitem apreender as experiências dos sujeitos envolvidos em cada situação. Conhecer a realidade implica considerar as múltiplas determinações, o contexto, fatores históricos, culturais, sociais e econômicos que incidem sobre a vida da população demandatária dos serviços sociais. Nesse caminho, ter como aporte um referencial teórico-metodológico crítico é fundamental, pois sem esse arcabouço a leitura crítica da realidade fica comprometida, tornando-se um entrave no que se refere à capacitação dos profissionais e na formulação de "propostas alternativas às atuais requisições institucionais" (Guerra, 2019, p. 32). Tal questão também é reforçada por Battini (2009, p. 55), para a autora o processo de conhecimento fundamentado numa perspectiva crítica é condição para a "ultrapassagem do aparente", o qual se faz a partir das mediações que estão no cerne da interlocução indissociável entre teoria e prática.

Ademais, a luta por condições de trabalho dignas e com direitos assegurados, constitui um dos maiores desafios dos/as assistentes sociais e do conjunto CFESS/CRESS, enquanto pertencentes a classe trabalhadora, no atual contexto de contrarreformas e crise do capital que impacta o Serviço Social brasileiro. A suficiência ou não das respostas dadas às expressões da questão social nos espaços sócio-ocupacionais também deriva das condições e relações de trabalho impostas aos assistentes sociais.

CAPÍTULO 3 — O SERVIÇO SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O presente capítulo teve como finalidade apresentar uma análise do trabalho do Serviço Social nos serviços de saúde na atenção às pessoas em situação de violência sexual do município de Parintins, a partir das competências e atribuições do/a assistente social e dos preceitos legais que regem a atenção integral na rede pública de saúde. Além disso, o texto reúne elementos centrais para o conhecimento dos serviços, o que pode contribuir para a qualificação e implementação das políticas públicas e do atendimento às pessoas em situação de violência sexual, enfatizando a relevância de uma apreensão crítica a essa expressão da questão social que se manifesta aos profissionais direta e indiretamente em seus espaços de trabalho.

3.1 O trabalho de assistentes sociais nos serviços de saúde e a atenção à violência sexual

Para Matos (2015), uma profissão é reconhecida ou valorizada a partir das respostas que dá aos seus usuários/as. Por isso é fundamental conhecer as atribuições e competências que caracterizam a identidade de uma profissão. Cabe então elucidar, a partir do pensamento de Matos (2015) que atribuições são atividades exclusivas da profissão, de caráter privativo, ou seja, são da incumbência de determinada categoria profissional. Por sua vez, competências são atividades inerentes a uma profissão, mas não exclusiva dela. No Serviço Social, tais competências e atribuições estão postas na Lei de Regulamentação da profissão e se materializam no cotidiano profissional, na formação profissional, nos espaços políticos, permeados pelas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política.

No quadro a seguir, elencamos, as atribuições e competências profissionais do Serviço Social:

Quadro 5 - Competências e atribuições do Serviço Social

LEI Nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993

Competências Profissionais	Atribuições Privativas
Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;	Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;	Planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
Encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;	Assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social
Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;	Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;	Assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;	Treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades [...];	Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;	Dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;	Elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
Realizar estudos socio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.	Coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
	Fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais
	Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas

	Ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Fonte: Elaboração própria (2024).

No campo da saúde pública, temos como guia os "Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde" (2010), o qual traz diretrizes fundamentais para o exercício profissional nesse âmbito. Ao profissional é requisitado a apreensão crítica das demandas, que são possíveis a partir de competências gerais, para além daquelas postas na Lei de Regulamentação da Profissão, tais como:

> apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (CFESS, 2010, p. 35).

Essas competências reafirmam o direcionamento teórico-metodológico e ético-político, calcado na perspectiva crítica da totalidade, que incide sobre o atendimento das demandas e usuários/as no cotidiano profissional, nas intervenções e respostas à realidade. Apropriados dessas competências e baseados no projeto ético-político do Serviço Social, os/as assistentes sociais da saúde precisam apreender os aspectos centrais da política de saúde, que atravessam o seu fazer profissional. Por exemplo, a concepção de saúde como direito social, a integralidade, a participação social, e a intersetorialidade. Desse modo, a saúde, como campo amplo da atuação profissional, traz múltiplas possibilidades de intervenções que se organizam em 4 grandes eixos, conforme apresenta os parâmetros do/a assistente social na saúde (CFESS, 2010). São eles: 1) Atendimento direto; 2) Mobilização, participação e controle social; 3) Investigação, planejamento e gestão; 4) Assessoria, qualificação e formação profissional.

Observamos que no contexto hospitalar o trabalho profissional do/a assistente social segue a um padrão: regime de plantão e plano operacional padrão (POP), também conhecido como plano de trabalho. Isso foi citado nas falas das participantes, quando perguntadas sobre a

existência de um plano de trabalho na unidade: *"Sim, a gente tem um protocolo a seguir, inclusive mês passado nos reunimos, toda a equipe do Serviço Social, para planejar o nosso POP, que é as normas do nosso próprio serviço"* (Nísia, 2023). *"Existe sim um plano de trabalho, elaborado por nós mesmas"* (Pagu, 2023).

Para Guerra (2021), as definições operacionais (o que faz, como faz), partem da apreensão da instrumentalidade da profissão, ou seja, é saber para quem, onde e quando fazemos, significa olhar para as finalidades da intervenção profissional e no que ela resultará. Conforme Matos (2014), isso consiste no ato de planejar, o qual é importante para a qualidade da intervenção profissional, assim como, posterior avaliação. Dessa forma, o autor demonstra que o plano de trabalho, elaborado em conjunto, requer que a equipe compreenda o que é a profissão, as diversas expressões da questão social, a leitura constante da conjuntura nacional e internacional, a política de saúde, os aspectos institucionais e as demandas apresentadas ao Serviço Social em relação à saúde.

Ademais, o trabalho profissional no contexto hospitalar se organiza, sobretudo, em plantões sociais. Para Vasconcelos (2009), o plantão acaba se tornando um momento comum para resolver problemas do usuário, e não uma atividade pensada e/ou organizada.

> No Plantão, independente da unidade, o usuário é recebido, ouvido ("procura-se esclarecer os motivos da procura ou do encaminhamento") e encaminhado para recursos externos e/ou recursos internos tendo como parâmetro o "bom" andamento da rotina institucional, os recursos disponíveis e as demandas explícitas dos usuários por orientações e inserção na rotina (Vasconcelos, 2009, p. 247).

Para Monteiro (2010), no campo da saúde, os/as assistentes sociais são requisitados para o trabalho em regime de plantão, especialmente em hospitais e unidades de urgência e emergência. Nesse caso, o atendimento volta-se para o tratamento, a recuperação e a promoção da saúde, em que este profissional articula recursos institucionais, comunitários, e de apoio familiar. De acordo com a autora, no plantão são frequentes atividades como:

> abordagem dos usuários nos leitos; abordagem dos acompanhantes dos usuários; encaminhamentos internos e externos; reuniões de grupo de apoio aos familiares/usuários; visitas domiciliares; contato telefônico com familiares dos usuários ou com outras instituições; disponibilização de transporte para os que não têm condições de se locomover; a inserção dos sujeitos atendidos nos projetos desenvolvidos pelo Serviço Social; preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho, notificações de violência praticada contra crianças e adolescentes, idosos e mulheres, bem como

> informações referentes aos seus direitos previdenciários, entre outros (Monteiro, 2010, p. 247).

Essas atividades coadunam com as desenvolvidas no Hospital Jofre Cohen e Padre Colombo, como se observa nas falas:

> *Nossa rotina mesmo é a visita aos leitos todos os dias, orientação aos acompanhantes e algumas vezes aos pacientes, dizer sobre a carta do usuário do SUS... A gente explica justamente a questão do direito, que ele não tá recebendo favores, que ele tá aqui pra ser atendido e tratado como uma pessoa no total. [...] Com pacientes novos a gente inicia com o questionário na visita à beira leito. Com os outros, no dia a dia, se a gente detectou alguma coisa, a gente vai lá conversa, nem soluciona, mas dá uma orientação* (Pagu, 2023).

> *As demandas espontâneas são mais as orientações, qualquer usuário que venha adentrar a emergência e tenha dúvida quanto a questão de fluxo e encaminhamento. [...] Nós trabalhamos a questão do acolhimento com a família, fazemos a nossa própria triagem para verificar a questão da vulnerabilidade ou não da família* (Nísia, 2023).

> *É a rotina, o protocolo do hospital, questão de fluxo quanto a outros departamentos daqui. Assim, tem a questão de sanar dúvidas quanto ao encaminhamento pra Assistência Social, isso a gente também esclarece* (Dandara, 2023).

Vasconcelos (2009), compreende as demandas hospitalares em: procura espontânea, encaminhamentos internos, e encaminhamentos externos. Destacam-se, sobretudo, no contexto hospitalar da realidade parintinense, a procura espontânea: busca por orientações para o acesso aos serviços da unidade, informações; orientações sobre a rotina hospitalar; visitas à beira leito; localização de familiares e acompanhantes; acesso a recursos materiais; e encaminhamentos diversos, sobretudo, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e serviços da Assistência Social. As expressões da questão social que mais aparecem são: usuários/as e famílias em situação de pobreza, abandono familiar, pessoas em situação de rua, e situações suspeitas de violência contra idosos, crianças, adolescentes e mulheres.

Quanto à questão dos benefícios solicitados, os mais citados nos dois hospitais foram: kit bebê, vulnerabilidade e auxílio-funeral, que correspondem aos benefícios eventuais da Assistência Social (Nascimento, morte, vulnerabilidade temporária, e calamidade pública). Também citaram o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Bolsa Família. Contudo, o processo para a concessão dos benefícios seguem o fluxo dos encaminhamentos:

> *A gente recebe, atende e encaminha pra SEMASTH, pro CREAS, Secretaria de Saúde. Pra Semasth é mais essa questão de bolsa família, auxílio-funeral. Ou o paciente que saiu, ele fez um tratamento e precisa de uma cadeira de rodas, Secretaria de Saúde.*

> *Passagens para algum paciente que necessita… que, na verdade, a saúde é um direito de todos, dever do estado e da comunidade* (Pagu, 2023).

Diante dessas falas percebemos que existe a tentativa do trabalho em rede. Segundo os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (2010), a articulação com a rede de serviços precisa ser fortalecida, estimulando a intersetorialidade nas ações propostas pela equipe de saúde, buscando superar a fragmentação do atendimento.

Quanto ao acompanhamento de demandas pela rede, as assistentes sociais relatam ser mais dificultoso, que recebem pouca devolutiva. Em uma das falas, foi citado o Conselho Tutelar e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), como instituições em que mais há interlocução:

> *A gente consegue identificar demandas aqui in loco e a gente faz as articulações com as outras instituições, mas é difícil vir de lá pra cá, porque o Serviço Social é mais referente aos internados no hospital* (Nísia, 2023).

> *Nós temos sim essa contrapartida, dependendo de cada situação. Um exemplo: quando mandamos relatórios pros CREAS, que eles fazem a busca ativa de familiares, ou quando os idosos que chegam na unidade e não tem familiares, a gente manda os relatórios e quando eles conseguem um contato de um familiar, aí eles nos repassam. Tem essa demanda entendeu, de a gente mandar e eles mandarem o retorno pra gente. Conselho Tutelar, temos também, eu acho que o que nós não temos é da delegacia essa devolutiva, mas de outros órgãos, sim, nós conseguimos acompanhar até o desfecho de cada caso* (Margarida, 2023).

Nesse cenário, as intervenções se assemelham ao que Vasconcelos (2009) chama de círculo vicioso de encaminhamentos internos/externos, onde centralizam a resolução de problemas relacionados ao funcionamento da unidade, ou levando a demanda para o próximo serviço fora da unidade. Esse padrão de trabalho, revelam ações cada vez mais burocráticas do que assistenciais, traduzindo-se num trabalho funcional à dinâmica institucional, algo também apontado por autores como Sodré (2010) e Bravo (2014) ao dissertarem sobre o trabalho do Serviço Social na saúde. Nos hospitais, principalmente, impera um modo de operar produtivista e repetitivo para dar conta de um alto contingente de pacientes:

> O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. Desta forma, aos poucos molda-se uma rotina também para aquele trabalho que não deveria ser considerado rotineiro. O Serviço Social criou e reproduziu normas institucionais de forma mecanizada para todos aqueles que o procuravam. Mas como não ter um texto pronto se a proposta institucional é seriada,

> dividida por especialidades? Em cada clínica, enfermaria ou ambulatório "apertam-se parafusos" em partes diferentes do corpo humano (Sodré, 2010, p. 457).

Segundo Sodré (2010, p. 466), as instituições hospitalares viraram uma máquina de resolver problemas. Tal realidade se torna desafiante para os/as profissionais de saúde, ao serem chamados o tempo todo para solucionarem demandas, das mais simples as mais complexas, no qual muitas vezes o trato com uma demanda ocupará dias de trabalho.

Nos hospitais e SAVVIS, as atividades dos/as assistentes sociais centralizam-se, majoritariamente, no atendimento direto aos usuários/as. Nessa lida, 62% das participantes relataram ter dúvidas/dificuldades no dia a dia sobre as atribuições e competências. 75% relataram que já realizaram atividades que não são de incumbência do Serviço Social, mas que, segundo elas, precisavam ser realizadas para contribuir na dinâmica/rotina do hospital. *"Nós temos consciência daquilo que nos cabe, o que é nossa atribuição, mas também sabemos que a questão do nosso vínculo empregatício impacta diretamente naquilo que a gente tenha que fazer na instituição"* (Nísia, 2023). Pagu conta, "*consigo diferenciar quando não é competência e atribuição do serviço social, mas também surgem dúvidas no dia a dia"* (Pagu, 2023). "*Tenho conhecimento, sim, das competências e atribuições que eu devo seguir dentro da unidade hospitalar, mas tem casos que acabamos fazendo o que não é o nosso trabalho, né, mas que faz parte e a gente acaba contribuindo de alguma forma"* (Margarida, 2023).

Segundo os parâmetros para o assistente social na saúde (CFESS, 2010) é fundamental ter clareza das competências e atribuições profissionais, principalmente diante das demandas apresentadas por usuários/as, de dados epidemiológicos ou ações da equipe, pois, assim, as estratégias e ações são mais definidas e irão corresponder adequadamente à demanda. Nesse processo, é importante que o profissional estabeleça fluxos de atendimento ou planos de trabalho que irão nortear as intervenções profissionais.

Trindade (2017), comenta que as ações profissionais em matéria de Serviço Social, são atribuições que viabilizam respostas profissionais às requisições postas pelas instituições, isto é, são formas de prestação de serviços sociais que correspondem a "executar, orientar, agrupar, providenciar, acompanhar, socializar, coordenar, planejar, pesquisar, monitorar, supervisionar, organizar e administrar, estudar e analisar, emitir parecer, assessorar, consultorar" (Trindade, 2017, p. 78).

No entanto, a partir das falas é possível perceber que ainda recai frequentemente para o Serviço Social atividades de caráter técnico administrativo, que não podem ser consideradas de sua atribuição. No SAVVIS, a assistente social relatou, que em alguns momentos, já percebeu um caráter exclusivamente administrativo atribuído ao seu trabalho, como de secretariado, voltado para organizar e preencher prontuário e fichas. As assistentes sociais dos hospitais também relatam:

> *Tudo envia pra cá. Até pra ti entregar um copo lá dentro tudo passa por aqui (risos), tudo. [...] a gente resolve mais TFD, questão de exame, questão de remoção do paciente, essas coisas [...] nem sempre nós temos autonomia para dizer: olha isso aqui não é do Serviço Social"* (Quitéria; Rose, 2023).

> *Acho que a gente mais atende, são as demandas de TFD que vêm encaminhadas de outros municípios, e aí quando chega na unidade hospitalar, [...] passa pela conduta médica né, e aí eles decidem se o paciente vai dar continuidade pra Manaus e nos informam. Conforme isso, a gente arruma os envelopes e faz o procedimento de encaminhamento do paciente, conforme a conduta do nosso trabalho como assistente social. Marcação de exames, não é da nossa competência, do Serviço Social, e também a gente fazer ligação pra chamar o resgate, também não é da nossa competência, não é atribuição nossa, mas como falei a gente acaba fazendo justamente pra ajudar"* (Margarida, 2023).

Os parâmetros (CFESS, 2010) destacam para as atividades que não são da atribuição do Serviço Social, tais como:

> marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Sobre a comunicação de óbito por assistentes sociais e a emissão de boletins de saúde, a Orientação Normativa n.º 3 do CFESS (2020) determina que não são atribuições ou competências da profissão, cabendo essa responsabilidade aos profissionais da equipe de saúde que tenham conhecimento específico sobre as condições clínicas e a causa do óbito, tais como, médicos/as, enfermeiros/as, psicólogos/as, etc.

A partir das falas acima, observa-se que muitas demandas de cunho eminentemente técnico administrativo, ainda se apresentam ao Serviço Social, como se fossem de competência desses profissionais. É necessário que essas demandas sejam reorganizadas para os setores responsáveis e pelas instituições empregadoras, as quais devem fornecer recursos humanos suficientes para a reorganização de serviços e demandas. Aos assistentes sociais cabe o desafio de defender suas competências e atribuições, e lutar pela superação de demandas que se colocam como imposições institucionais, distantes do trabalho que compete à categoria. O Código de Ética dos/as assistentes sociais de 1993, traz os direitos da profissão expostos no art. 2, entre eles, a garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, e o livre exercício das atividades inerentes à profissão.

Em meio a essa dinâmica hospitalar, os/as assistentes sociais também recebem demandas de violência. No Jofre, existe o SAVVIS que é o serviço de referência do município no atendimento à violência sexual. O Serviço Social dos hospitais Padre e Jofre, podem receber ou identificar situações suspeitas de violência sexual, nesses casos, providenciam o encaminhamento da situação para os órgãos competentes, seja, Conselho Tutelar, Delegacia e SAVVIS. No Hospital Padre Colombo, não existe um atendimento especializado para essa demanda, por isso, ressaltamos a importância do hospital dispor desse serviço especializado, uma vez que a unidade hospitalar tem atuado, principalmente, com a assistência materno-infantil, atendendo mulheres, gestantes, e crianças. Conforme dispõe a Portaria n.º 485/2014, os serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, poderão ser organizados em todos os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, bem como hospitais gerais, maternidades, pronto-socorros, etc., considerando as especificidades e atribuições de cada estabelecimento.

Em geral, as situações de violência sexual que chegam para o Serviço Social dos hospitais, são os casos de porta aberta, ou seja, sem encaminhamentos. No Jofre, por exemplo, quando as situações já vem referenciadas com o SAVVIS, não passam pelo Serviço Social do hospital, somente quando são casos espontâneos ou na ausência do funcionamento do SAVVIS. Quando perguntadas sobre esse atendimento elas responderam:

> *Tem os casos que vem com o encaminhamento lá da delegacia, então já vem em articulação com o próprio SAVVIS, daí a médica, a assistente social, enfermeira e psicóloga já conseguem fazer esse manejo sem ser diretamente com a gente. Mas sempre tem aqueles casos que entram pela porta, que a equipe da emergência nos aciona, mas a gente também já faz o repasse para eles da situação, já faz a articulação com o SAVVIS, porque é o órgão realmente especializado pra isso. Não que a gente vai se omitir pra*

> *atender o caso, mas, assim, agora tem na unidade o serviço, e a gente só faz articular com eles* (Nísia, 2023).

> *Aqui no hospital, quando o SAVVIS não está em atendimento, o Serviço Social da unidade é chamado, no ato da ficha e quando o doutor faz o atendimento, na emergência. Após isso, eu ligo pro SAVVIS, que é uma conduta deles, falo primeiro com a enfermeira e aí ela passa as informações pra médica, psicóloga, e assistente social do SAVVIS. Mas também a gente acaba conversando com o pai ou com mãe que tá ali né pra ver o que aconteceu realmente, enquanto isso dou uma chamada no psicólogo da unidade hospitalar... porque às vezes tem aquela questão, o pai chega muito aflito com a criança ali, e aí é toda uma questão e a gente vai se adequando conforme a demanda é passada pra gente* (Margarida, 2023).

As normas técnicas "Prevenção e tratamento dos danos causados pela violência sexual contra mulheres e adolescentes" (2012), e "Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual" (2015), estabelecem que todas as unidades de saúde e hospitais de referência devem estabelecer fluxos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa, bem como devem oferecer atendimento integral, emergencial e multidisciplinar, de acordo com a Lei 12.845/2013. Os hospitais Padre e Jofre não dispõem de protocolo específico para esse atendimento, a não ser quando as demandas já são articuladas com o próprio SAVVIS, onde lá procedem com as etapas seguintes da atenção. Na seção seguinte, trataremos do atendimento no SAVVIS e a atuação do Serviço Social na equipe.

3.2 SAVVIS: o atendimento em questão

Os Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS estão estabelecidos e classificados em todo o território nacional através da portaria n.º 485 de 2014. No estado do Amazonas, existem três classificações de serviços voltados ao atendimento à violência sexual, os quais estão registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), são eles: os serviços de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, os serviços de atenção ambulatorial, e os serviços de atenção à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.

Somente no Amazonas, estão cadastrados 18 serviços de atenção integral, 34 serviços de atenção ambulatorial e 7 serviços de atenção à interrupção da gravidez, e 12 serviços de coleta de vestígios. No entanto, o credenciamento não significa o pleno funcionamento desses serviços nos

municípios. Segundo a coordenadora estadual da saúde dos adolescentes e jovens da secretaria do estado de saúde do Amazonas (SES-AM), durante uma palestra sobre os procedimentos do SAVVIS no canal do YouTube UDDAE_UEA[3], realizada em 2024, relatou que a maioria dos serviços não se encontram efetivados por falta de equipe técnica, e que é preciso somar esforços para a implementação dos mesmos. Abaixo apresentamos um quadro com os municípios do Amazonas cadastrados com serviços de referência ao atendimento à violência sexual.

Quadro 6 - Municípios do estado do Amazonas cadastrados com serviços de atenção à violência sexual no CNES

Região	Municípios	Serviço Credenciado
Alto Solimões	São Paulo de Olivença	Atenção Integral
	Tonantins	Coleta de Vestígios
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Manaus	Atenção Integral, Ambulatorial, Atenção à interrupção de gravidez e Coleta de Vestígios
	Manaquiri	Atenção Ambulatorial
	Presidente Figueiredo	Atenção Integral
Baixo Amazonas	Maués	Atenção Integral
	Parintins	Atenção Integral, Atenção Ambulatorial e Atenção à interrupção de gravidez
Médio Amazonas	Itacoatiara	Atenção Integral e Coleta de Vestígios
	Itapiranga	Atenção Ambulatorial
	São Sebastião do Uatumã	Atenção Integral
Triângulo	Alvarães	Atenção Ambulatorial

[3] UDDAE_UEA. **Ses/am - procedimento de atendimento no savvis**. YouTube, 2024. Disponível em:https://www.youtube.com/watch?v=4TW9IxqyPG8&t=1440s. Acesso em: 28 maio. 2024.

	Tefé	Atenção Integral, Ambulatorial, Atenção à interrupção de gravidez e Coleta de Vestígios
Rio Juruá	Carauari	Atenção Integral, Atenção Ambulatorial e Atenção à interrupção de gravidez
	Itamarati	Atenção Ambulatorial
Rio Madeira	Apuí	Atenção Ambulatorial e Coleta de Vestígios
	Borba	Atenção Integral, Atenção Ambulatorial e Coleta de Vestígios
	Humaitá	Atenção Integral
	Manicoré	Atenção Integral, Atenção à interrupção de gravidez e Coleta de Vestígios
	Novo Aripuanã	Atenção Integral e Ambulatorial
Rio Purus	Boca do Acre	Atenção Integral, Atenção à interrupção de gravidez e Coleta de Vestígios
	Lábrea	Atenção Integral e Ambulatorial
	Pauini	Atenção Ambulatorial
	Tapauá	Atenção Ambulatorial
Rio Negro/Solimões	Caapiranga	Atenção Ambulatorial
	Coari	Atenção Integral, Atenção à interrupção de gravidez e Coleta de Vestígios
	Manacapuru	Atenção Integral e Coleta de Vestígios
	Novo Airão	Atenção Integral e Coleta de Vestígios

Fonte: Elaboração própria (2024).

Dado o exposto no quadro, observamos que os serviços de saúde na atenção à violência sexual tem sido projetada para os municípios do Amazonas. A criação e expansão dos serviços, tanto quanto, a sua implementação, se faz necessária para a garantia do funcionamento dos serviços do atendimento à violência sexual. Para isso, é importante a verificação da rede de atenção a saúde violência sexual, principalmente ao nível local, mediante instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços, confirme dispõe a Norma Técnica de 2012, para auxiliar na implementação e efetivo funcionamento desses serviços nos municípios (Cavalcanti; Flach; Farias, 2012).

O SAVVIS foi criado em 2006, na capital Manaus. Esse serviço advém de "uma ação da esfera federal, uma política regulatória oriunda do governo central a ser executada pela esfera municipal" (Fernandez, 2008, p. 176). Desde então, o processo de implementação do SAVVIS ocorre de forma descentralizada no estado do Amazonas, no qual as instâncias locais são responsáveis pela sua coordenação e execução (Fernandez, 2008).

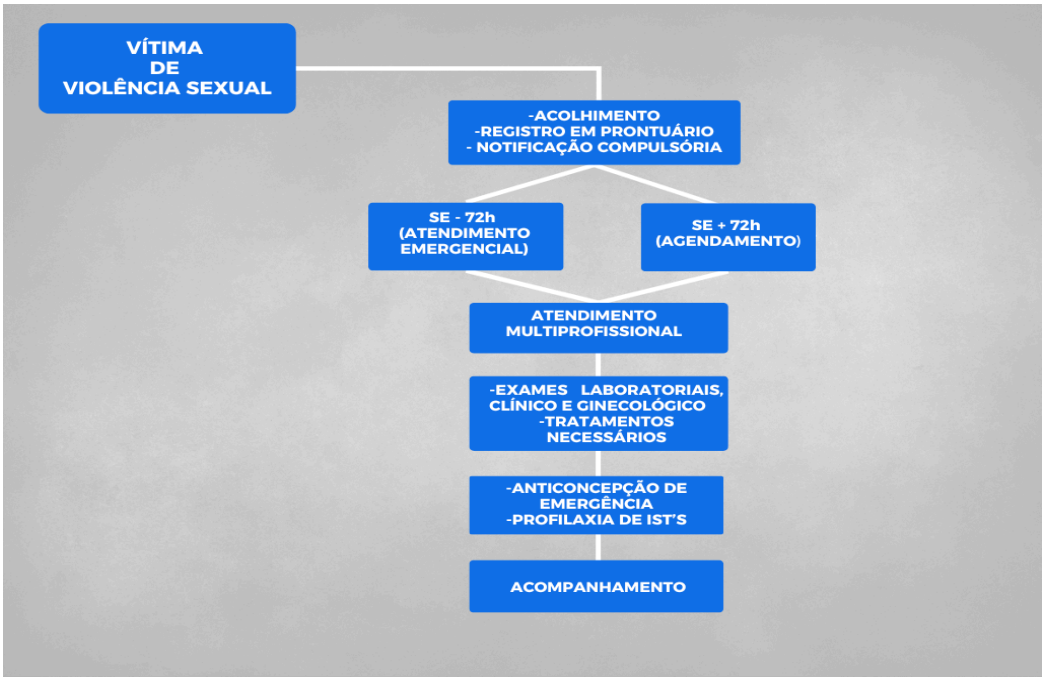
Nessa direção, o SAVVIS do município de Parintins se caracteriza como um serviço cadastrado para ofertar atendimento integral, ambulatorial e de interrupção de gravidez. Como citamos anteriormente neste trabalho, o SAVVIS de Parintins funciona na unidade hospitalar Jofre de Matos Cohen. Contudo, o atendimento no SAVVIS não ocorre em tempo integral — 24h por dia durante 7 dias da semana —, o horário de funcionamento é de 8h às 12h e 14h às 18h de segunda a sexta-feira, com revezamento da equipe e sobreaviso, em caso de situações emergenciais durante os finais de semana ou feriados.

A equipe técnica do SAVVIS é formada por 4 especialistas das seguintes áreas: medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, atendendo a composição indicada de especialistas para o atendimento conforme proposto pela Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (2015). A referida Norma Técnica também propõe que o fluxo de atendimento, com profissional definido para cada etapa da atenção, contemple:

> acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial (Brasil, 2015, p. 18).

No SAVVIS, o atendimento contempla todas as referidas etapas, com exceção da coleta de vestígios. Conforme entrevista com a assistente social do SAVVIS, o fluxo de atendimento acontece da seguinte maneira:

Figura 1 - Fluxo de atendimento do SAVVIS



Fonte: Elaboração própria (2024).

Sabemos que as demandas são complexas e as etapas a serem seguidas podem variar de uma situação para outra. Porém, o fluxo acima norteia o atendimento, sempre identificando, primeiramente, se se trata de casos crônicos, aqueles que já ocorreram a mais de 72h, ou casos de flagrante, que ocorreram dentro de 72h. Quando os casos são crônicos, as etapas do atendimento são agendadas.

No SAVVIS, o acolhimento é um dos primeiros procedimentos realizados, principalmente pela assistente social, quando não pela psicóloga:

> *No primeiro momento, somos eu e a vítima. Fica a critério dela chamar a mãe ou não, mas no primeiro momento fica só eu e ela pra eu acolher realmente. Às vezes elas chegam muito chorosas, então a gente faz esse acolhimento. A partir do momento que entra a enfermagem e a médica, é importante que o responsável esteja presente pelo fato de ter que autorizar o resultado* (Maria de Miranda, 2023).

Como majoritariamente os casos envolvem crianças ou adolescentes, conforme exposto no capítulo 1, estes precisam estar acompanhados por um de seus genitores ou responsáveis, para serem autorizados os devidos procedimentos realizados pela médica. No entanto, mesmo que estejam acompanhados, há um momento mais individual com a vítima, no acolhimento, respeitando sempre a decisão tomada por ela.

O acolhimento se destaca como uma das atribuições do Serviço Social no SAVVIS, nesse sentido, é um processo que visa ser realizado livre de julgamentos ou valores morais, prestando atenção humanizada à vítima. Segundo a Norma Técnica de 2012, o acolhimento envolve um "conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência" (2012, p. 21). Além disso, a Norma Técnica pressupõe que o acolhimento se estenda para além da vítima que chega ao serviço, e contemple também toda a rede familiar.

Em matéria divulgada pelo CRESS/MT (2016), intitulada "Violência sexual contra a mulher também é assunto para assistentes sociais", esse profissional é posto como figura preferencial no acolhimento, no qual o mesmo esclarecerá sobre os direitos sexuais e reprodutivos, identificando situações de risco e vulnerabilidade que envolvem a violência contra as mulheres, orientando sobre os procedimentos adotados pelo Ministério da Saúde na atenção à violência sexual e realizando notificação compulsória à vigilância epidemiológica.

Chupel e Mioto (2010), citam o acolhimento como um elemento facilitador da reorganização dos serviços de saúde, em que há centralidade no indivíduo, na constituição de um vínculo e na priorização da sua autonomia em relação à equipe interdisciplinar. Para as autoras, o acolhimento tem caráter multidimensional, no qual se englobam elementos como a escuta do/a usuário/a, o fornecimento de informações e o conhecimento da demanda. Assim, entende-se que o acolhimento é o início do atendimento qualificado e dá o direcionamento para os demais procedimentos realizados pela equipe interdisciplinar.

No SAVVIS, as situações podem ser acompanhadas por até seis meses pela equipe do serviço, conforme a necessidade dos atendimentos, geralmente exames, profilaxias, e psicológico. Durante a entrevista, identificamos que existe dificuldade desse atendimento se estender às famílias dos/as usuários/as, motivo pelo qual o atendimento ocorre sempre na própria unidade hospitalar em que funciona o serviço:

> *A gente fica mais focado no caso porque a gente não consegue esse acompanhamento da família. [...] a maioria dos autores estão ali introduzidos no centro da família. Não tem como chegar nessa residência fazer todo um acompanhamento porque a própria paciente, a própria família não quer por esse motivo: chegar lá uma equipe, pra saber do que está se tratando, tem toda uma questão jurídica também, envolvendo a questão de processos, enfim. Por esse motivo, a gente fica mesmo focada no caso, fazendo esse acompanhamento aqui, viabilizando consultas… Às vezes é necessário que essa paciente seja encaminhada para outro setor que nós não temos, por exemplo, psiquiatria. Então, a gente tem que fazer esse encaminhamento e a gente consegue encaminhar* (Maria de Miranda, 2023).

Nesse relato é evidente que existe uma lacuna quando há a tentativa de acompanhamento do grupo familiar, por exemplo, não são realizadas visitas domiciliares. Isso acontece por múltiplos fatores, em geral, em caso de situações mais complexas, os profissionais podem adotar outras estratégias para à atenção, principalmente quando o próprio usuário/a não permite isso, e nesse sentido, prima-se pela decisão da vítima. No SAVVIS, as visitas domiciliares foram suspensas por recomendação da própria delegacia de Parintins à equipe, relatando ser uma medida de segurança tendo em vista que a maioria dos abusadores convivem no mesmo ambiente que a vítima, podendo ser pais, padrastos, avôs, entre outros familiares ou conhecidos[4]. Assim, a busca ativa é realizada por telefone.

> *O SAVVIS já existe há um tempo, a questão é que agora a maioria dos casos são crônicos. Mas o que acontece, ele ainda tá amadurecendo a forma de trabalho dele, então a gente consegue ver muitas necessidades, mas é todo um processo [...], até a questão da equipe é nova, essa equipe de 4 profissionais. Não tinha uma médica, era um homem, então ainda tá em processo de amadurecimento. O setor está ganhando visibilidade, mas não de uma forma boa, mas porque tem muitos casos e casos cada vez mais difíceis. E as pessoas estão ficando mais instruídas, estão indo, as crianças nas escolas, nas campanhas e estão falando… Então tudo isso gera uma necessidade de mudança, o que precisa muda*r (Maria de Miranda, 2023).

A maior demanda dos atendimentos no SAVVIS, são casos encaminhados de outras instituições da rede de proteção, principalmente, da Delegacia Especializada de Parintins. Quando as demandas advêm da delegacia, vem o boletim de ocorrência (BO) e a requisição de exames a serem realizados, como, por exemplo, o exame de conjunção carnal[5]. Para que esses procedimentos sejam realizados, é necessário assinatura de um termo de compromisso, o qual é

[4] BUENO, Samira; BOHNENBERGER, Marina; MARTINS, Juliana; SOBRAL, Isabela. A explosão da violência sexual no Brasil. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p. 154-161, 2023. Disponível em:https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024.

[5] Exame para constatação de penetração vaginal por pênis.

de responsabilidade da médica do SAVVIS. Esse termo contém diversas perguntas para esclarecimento da ocorrência da violência ou não, e a partir dele se exprime o laudo que será enviado à delegacia. Em casos referenciados da delegacia, que chegam pela primeira vez ao serviço, as vítimas sempre são acompanhadas por um assistente social, investigador(a) da delegacia, ou conselheiro tutelar. Cabe ressaltar, conforme dispõe a Norma Técnica de 2012, que em casos espontâneos ou advindos de outras unidades de saúde, é dispensada a apresentação de BO, porém é de competência da equipe orientar sobre a importância da denúncia.

Segundo relato da assistente social, todos os documentos são elaborados coletivamente pela equipe, exceto o laudo citado, por ser de exclusividade médica. No atendimento com a equipe, é preenchida a ficha social[6], e a ficha de notificação compulsória (SINAN)[7] em três vias, a qual uma cópia permanece no SAVVIS, outra cópia é enviada ao Conselho Tutelar, e a original é enviada à Vigilância em Saúde, que faz o monitoramento das violências. Além destes documentos, também são elaborados um relatório simplificado e uma planilha onde constam todos os casos atendidos com informações mais detalhadas, esta planilha é enviada à Secretaria de Saúde Municipal (SEMSA); o relatório, por sua vez, é encaminhado para o CREAS e para o Conselho Tutelar. Resumidamente, a assistente social relatou como são os atendimentos:

> *Nós somos 4: assistente social, enfermeira, psicóloga e médica. Então a gente segue esse protocolo realizando esses 4 atendimentos com essas 4 profissionais. Os serviços são o acompanhamento psicológico, social, logo que a paciente chega a gente faz o atendimento de enfermagem. Eles fazem a medicação, exames, e essa paciente fica nesse acompanhamento por nós 4, por 6 meses* (Maria de Miranda, 2023).

Os procedimentos de anticoncepção de emergência (AE), profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis virais e não virais, acompanhamento laboratorial, são etapas da atenção à violência sexual nos serviços de saúde, prescritos na Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual (2012), e estão presentes no SAVVIS. A anticoncepção de emergência é um direito das mulheres em idade reprodutiva e seu acesso deve ser garantido, portanto, é uma responsabilidade dos/as gestores de saúde dispor de AE nos

[6] Segundo Matos (2014), a ficha social caracteriza-se como um roteiro para a entrevista realizada pelo/a assistente social aos usuários, contudo, é geralmente elaborada pela equipe onde constam questões prioritárias e espaço para outras informações. O prontuário único, por sua vez, é um documento onde constam informações do/a usuário/a registradas por todos os/as trabalhadores de saúde que o atendem diretamente. É, portanto, de manuseio multiprofissional.

[7] Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. (Anexo A).

serviços de atenção à violência sexual, sendo de extrema importância para prevenção de gravidez em situações de violência sexual.

As infecções sexualmente transmissíveis têm alta prevalência em casos de violência sexual e podem ser evitadas com uso de medicamentos. Por isso, a profilaxia de IST é indispensável, e trata-se de um direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres (Brasil, 2012). O acompanhamento laboratorial também é um procedimento obrigatório dos serviços de atendimento à violência sexual, onde são realizados coleta de sangue e de amostra de conteúdo vaginal para as profilaxias e demais exames a depender da necessidade de cada caso (Brasil, 2012).

O SAVVIS realiza tais procedimentos, assim como o exame ginecológico, o exame de ultrassonografia, etc. No entanto, os atendimentos, na maioria das vezes, requerem interlocução com outros setores do Hospital Jofre Cohen, e, até mesmo unidades básicas de saúde. Para isso, é necessário a disponibilidade de vagas fornecidas ao SAVVIS. Algumas dificuldades foram relatadas pela assistente social do serviço:

> *Os exames laboratoriais são feitos aqui no hospital. A gente faz a requisição e leva, e de imediato eles vêm. É isso que tô te repassando, se todos os setores fossem assim, de o SAVVIS ter essa garantia, realmente, iria facilitar o nosso trabalho. Porque tem muitas famílias da zona rural, das invasões, e aí esse ir e vir acaba ficando complicado, acabam não conseguindo retornar, não vem pro atendimento* (Maria de Miranda, 2023).

Quando há a necessidade de realizar outros exames mais complexos, ou que são fornecidos por outros setores do hospital, é preciso verificar a existência de vagas e consequentemente o agendamento. Dessa forma, o/a usuário/a que demanda o atendimento precisa retornar várias vezes, o que pode se tornar mais dificultoso para aqueles que moram longe ou são oriundos da zona rural, podendo até mesmo desistir das consultas devido à burocracia envolvida nos serviços. A fala acima demonstra que o SAVVIS ainda enfrenta obstáculos para dar agilidade e prosseguimento ao fluxo de atendimento, o que se coloca como um entrave na atenção ofertada à pessoa em situação de violência sexual.

> *Há essa dificuldade, mas não que a gente não vá atrás. A gente vai, solicita aqui da SEMSA e sempre tem retorno, como a gente já conseguiu na ultrassom. Depois de muitas conversas, idas e vindas, a gente consegue ligar e "oh a gente tá com uma paciente que está necessitando", e encaminhar direto sem ter que agendar nada, e isso é fora do hospital, na UBS [...] Isso seria interessante, se a gente conseguisse porque tem ultrassonografia aqui, e ter esse vínculo direto. O SAVVIS já existe há um tempo, a*

> *questão é que agora, a maioria dos casos são crônicos, mas o que acontece, ele ainda tá amadurecendo a forma de trabalho dele, então a gente consegue ver muitas necessidades, mas é todo um processo [...]*(Maria de Miranda, 2023).

A assistente social reforça que já houve diversas articulações para conseguir atendimento mais ágil às demandas do SAVVIS, como a questão dos exames, mas isso tem sido conquistado gradualmente. Ela ressalta a importância dos exames de ultrassonografia terem vínculo direto com o SAVVIS, para serem executados com maior rapidez. Cita também a importância das unidades básicas de saúde oferecerem esses serviços em parceria com SAVVIS. No entanto, essa situação ainda se coloca como um desafio para a atenção em saúde à violência sexual do município de Parintins, uma lacuna a ser trabalhada pelos/as gestores/as municipais e da rede de saúde do município.

> *Olha, eu acredito que devido a essa situação de urgência aqui, o SAVVIS poderia ir tipo ir pra UBS, pra fazer um acompanhamento. Poderíamos ter, essas vagas disponibilizadas na atenção básica, ou com outros setores mesmo como o CAPS, que é pra onde a gente sempre tem um pouco de dificuldade porque lá tá super carregado [...] Então, seria interessante ter vagas disponibilizadas pra cá, pro nosso setor, só que esbarra em muitas questões né, por exemplo aqui o CAPS não tem como eles deixarem tantas vagas disponíveis pra gente sendo que o setor está superlotado* (Maria de Miranda, 2023).

Ela ressalta em sua fala a importância da articulação com os Centros de Atenção Psicossocial, referente ao atendimento às vítimas de violência. Isso porque a violência sexual, majoritariamente, é marcada como uma experiência traumática na vida da vítima, deixando sequelas profundas, podendo desencadear transtorno ou sofrimento mental, depressão, síndrome do pânico, comportamentos autodestrutivos (Childhood Brasil, 2022), entre outros. A atenção em saúde às vítimas de violência sexual não deve se limitar à dimensão física e/ou clínica que envolve a violência, mas, sobretudo, à questão do adoecimento mental que pode acometer as vítimas. Sendo assim, é crucial o acompanhamento com profissionais especializados, psicólogos e psiquiatras, o qual também pode ser oferecido pelos CAPS, por ser um setor da rede de apoio. O SAVVIS fornece atendimento psicológico, porém é apenas uma profissional, e, em casos mais graves, as vítimas podem ser referenciadas para os CAPS, quando necessitam de atendimento psiquiátrico.

Os gestores estaduais e municipais podem unir-se para reforçar as equipes com mais profissionais especializados e, dessa forma, terem mais vagas. Ou, traçar estratégias de

atendimento junto às equipes técnicas das unidades de saúde, com o objetivo de amenizar a situação das vítimas que necessitam de apoio para a recuperação da saúde mental após a violência sofrida. Como destaca Deslandes *et al.*, (2016, p. 866) "A organização da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de VS requer uma dinâmica complexa, pois demanda o atendimento a questões clínicas, psicológicas, sociais e legais, visando a continuidade do atendimento e restauração de direitos violados".

Durante a entrevista, questionamos sobre a coleta de vestígios, uma importante etapa da atenção à violência sexual prescrita nas normas técnicas. A resposta obtida foi que, em Parintins, o procedimento realizado é o exame do corpo de delito, o qual é de encargo do Instituto Médico Legal (IML) do município. O SAVVIS realiza os exames laboratoriais e ginecológicos, os quais contribuem para a constatação da violência. O serviço municipal, portanto, não contempla a coleta de vestígios, este por sua vez ocorre prioritariamente na capital, Manaus. Ademais, o exame do corpo de delito consiste no exame pericial, de atribuição dos peritos da área de medicina legal.

> No Brasil, a coleta de evidências materiais dos crimes sexuais é procedimento formalmente atribuído aos peritos do Instituto Médico Legal ou, em casos específicos, a outros profissionais legalmente investidos para esse fim. No entanto, em diversas situações é desejável que o serviço de saúde proceda com o recolhimento de elementos que, eventualmente, colaborem com necessidades das autoridades ou que auxiliem na confecção de laudo indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal. Essas situações podem surgir, principalmente, nos casos de atendimento de emergência em que se indique o exame ginecológico, mas que ainda não tenha sido realizado o exame pericial. Ou em situações em que a mulher, em um primeiro momento, não manifeste desejo de comunicar o fato para a autoridade policial, ou que não deseje ou não possa realizar o exame pericial (Brasil, 2012, p. 86).

A oferta de todos os procedimentos necessários à atenção é condição para a qualificação do atendimento em saúde, integral e qualificado, destinado às vítimas. Ressalta-se que os exames periciais, em Parintins, são realizados por um médico legista. Para situações de violência sexual, a preferência é que seja uma médica. Ressaltamos, a necessidade da contratação de especialistas do sexo feminino para atuarem diretamente no atendimento à violência sexual, principalmente quando envolver mulheres ou crianças e adolescentes, evitando causar mais constrangimento ou insegurança à vítima.

A visibilidade do SAVVIS é um dado importante a ser citado. Por bastante tempo, pouco se conhecia sobre o SAVVIS, até mesmo na própria unidade hospitalar no qual o serviço

funciona. Durante as primeiras conversas com o campo, a assistente social destacou que houve um progresso nesse sentido, já que as equipes do hospital já possuem conhecimento sobre o SAVVIS e sua localização na unidade. Assim, quando os casos espontâneos chegam à unidade hospitalar, eles são imediatamente encaminhados para o serviço. O SAVVIS tem fácil localização na unidade hospitalar, não possui nomeação explícita, mas pode ser identificado principalmente pela flor, símbolo do combate ao abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, colada em sua porta, além disso, na porta disponibilizam informações sobre o horário de atendimento e número de telefone do serviço. Segue foto abaixo:

Figura 2 - Porta do SAVVIS

Fonte: Registro próprio (2022).

Pelo relato da assistente social, observam-se as dificuldades do reconhecimento do SAVVIS na unidade hospitalar, mas cita que a própria equipe empreendeu esforços para sensibilizar os demais profissionais quanto ao papel e funcionamento do serviço na unidade. Contudo, é importante que a população obtenha o conhecimento de tal serviço, e saibam procurá-lo.

> *[...] porque como é um setor muito sigiloso a gente não divulga, as pessoas não sabem onde tá localizado, não sabem onde é. E assim, aos poucos, dependendo de quem, a gente consegue ir conversando, explicando e conscientizando aqueles profissionais. Em geral, a gente não expõe, tipo fazer uma reunião e dizer "olha vamos falar onde tá o SAVVIS, o que é o SAVVIS", não. Mas aos poucos, por exemplo, aqui os porteiros, a gente já conseguiu sensibilizá-los: "oh, vai chegar paciente, aí só encaminha aqui pra gente". Não sabem exatamente o que a gente faz aqui, mas também não perguntam, não ficam questionando sobre o que é feito aqu*i (Maria de Miranda, 2023).

O SAVVIS, como serviço que atende vítimas de violência sexual, tem por direito usar o sigilo nos atendimentos, para garantir a privacidade das pessoas. No entanto, é importante que o corpo profissional da unidade hospitalar, assim como a rede de proteção, saibam da existência do serviço de atenção para direcionar adequadamente as demandas. A Norma Técnica de 2012 orienta que todos os serviços de orientação e atendimento às situações de violência possam ter uma lista com endereço e telefone das instituições componentes da rede, que pode ser divulgada para o público, principalmente mulheres. A lista deve ser de conhecimento de todos os trabalhadores dos serviços. Dessa forma, entende-se que o caráter sigiloso refere-se aos casos atendidos, e não ao serviço SAVVIS.

O fortalecimento da atenção às situações de violência sexual no âmbito da saúde, pode contar, também, com o apoio psicológico às equipes interdisciplinares, pois os profissionais lidam com diversas situações traumáticas diariamente, que podem levar ao adoecimento. Esse tipo de apoio ainda é incipiente para as equipes de trabalho dos serviços de atenção, do mesmo modo no SAVVIS. Cabe ressaltar "o compromisso institucional com a priorização do tema, com o incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional e com a criação de espaços de diálogo e acolhimento para os profissionais" (Moreira; Vieira, 2022, p. 88).

Ademais, o SAVVIS apresenta uma equipe compatível com as orientações das normas técnicas (2012; 2015), para o atendimento às situações de violência sexual, contudo, a atual composição da equipe do SAVVIS trata-se de algo recente em Parintins–AM. Como apontado por Souza (2017), o SAVVIS não contava com uma equipe exclusiva para o atendimento às vítimas. O atendimento era, majoritariamente, realizado por um médico, e quando necessário, outros especialistas do hospital intervinham nas situações. É evidente que houve um avanço em relação à equipe do SAVVIS em Parintins, a qual hoje é exclusiva para esse tipo de atendimento na unidade hospitalar.

Atualmente, a equipe do SAVVIS busca desenvolver o trabalho interdisciplinar, o qual é essencial perante casos de violência sexual. O trabalho interdisciplinar postula a reunião de saberes entre a equipe, onde se estabelecem relações recíprocas entre os campos de conhecimento, e o nível de contribuição de cada saber não se sobrepõe ao outro, mas se complementam, permitindo a apreensão na totalidade para cada situação. A prática interdisciplinar necessita ser uma dos eixos do trabalho executado pela equipe profissional, estar no horizonte das ações e dos objetivos de cada intervenção (Ely, 2003). O próprio processo de

trabalho do Serviço Social precisa ser pensado tendo a interdisciplinaridade como um princípio, haja vista que a intervenção profissional não se faz de forma unívoca ou não articulada, e sim de forma coletiva (Ely, 2003). Azambuja (2013), aponta que a ação interdisciplinar é uma estratégia de proteção aos direitos humanos, nesse sentido, é impossível trabalhar com situações de violência sexual sob a ótica unilateral de um profissional. A visão globalizada da realidade é fator fundamental e traz respostas eficazes ao nível pessoal, familiar, social e legal.

O trabalho do/a assistente social no SAVVIS, requer o manejo da instrumentalidade, que se manifesta, principalmente, no uso de instrumentais e técnicas como elementos mediadores das respostas dadas aos usuários/as. Considerando a característica do trabalho em equipe desenvolvido por esse serviço, quando perguntamos quais instrumentos técnicos eram utilizados pelo assistente social, foram citados os seguintes: ficha social, relatórios, encaminhamentos, fichas de notificação e entrevista.

> *Olha, a gente tem a nossa ficha disponibilizada pela SEMSA, e nós elaboramos aquela outra ficha que dá os dados sociais da família, que é mais detalhado: onde essa família reside, qual a maneira que eles sobrevivem. E os relatórios que a gente envia pros órgãos que fazem parte aqui da nossa rede. E a entrevista, né. No dia a dia são esses, a gente faz os relatórios, envia as notificações pro Conselho* (Maria de Miranda, 2023).

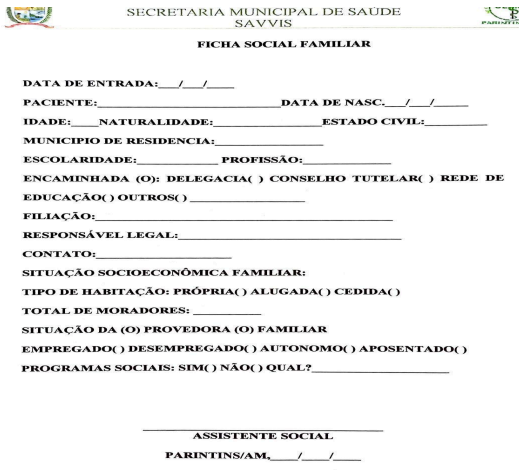
Durante a coleta de dados documentais no SAVVIS, a mesma nos disponibilizou os seguintes documentos: ficha social familiar; prontuário de atendimento às pessoas em situação de violência sexual[8]; ficha de notificação individual (SINAN); uma ficha de assistência médica-sanitária (SEMSA); e um relatório simplificado. Todas as fichas foram disponibilizadas em branco, com exceção do relatório simplificado, no qual foi preservado a identidade da vítima na situação relatada. Ademais, dois documentos não nos foram disponibilizados, sendo estes, o laudo médico, já citado, de competência médica; e uma planilha, sempre enviada à SEMSA, com dados detalhados das vítimas atendidas no SAVVIS.

Os documentos correspondentes ao Serviço Social do Hospital Jofre Cohen, foram ficha social, relatório social, encaminhamento-TFD com parecer social, formulário TFD, termos de responsabilidade destinados aos usuários em casos de desistência de tratamento na unidade hospitalar, e um folder sobre autorização e orientações para acompanhantes. Devido à pesquisa documental não ter sido autorizada no Hospital Padre Colombo, não tivemos acesso à

[8] Anexo B

documentação nesse hospital. No entanto, as assistentes sociais citaram nas entrevistas: escuta qualificada, ficha social, questionário socioeconômico, relatórios, visita domiciliar, e um livro de registros, onde são colocadas informações mais detalhadas das situações atendidas, as quais não constam na ficha social. Nota-se que entre os documentos citados, a ficha social está presente nos três serviços. No SAVVIS, a ficha social familiar é exclusivamente manejada pela assistente social. Logo abaixo, apresentamos a ficha social aplicada no SAVVIS:

Figura 3 - Ficha Social do SAVVIS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SAVVIS

FICHA SOCIAL FAMILIAR

DATA DE ENTRADA:___/___/____
PACIENTE:_____DATA DE NASC.___/___/_____
IDADE:____NATURALIDADE:_____ESTADO CIVIL:_____
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:_____
ESCOLARIDADE:_____ PROFISSÃO:_____
ENCAMINHADA (O): DELEGACIA( ) CONSELHO TUTELAR( ) REDE DE EDUCAÇÃO( ) OUTROS( ) _____
FILIAÇÃO:_____
RESPONSÁVEL LEGAL:_____
CONTATO:_____
SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR:
TIPO DE HABITAÇÃO: PRÓPRIA( ) ALUGADA( ) CEDIDA( )
TOTAL DE MORADORES: _____
SITUAÇÃO DA (O) PROVEDORA (O) FAMILIAR
EMPREGADO( ) DESEMPREGADO( ) AUTONOMO( ) APOSENTADO( )
PROGRAMAS SOCIAIS: SIM( ) NÃO( ) QUAL?_____

_____
ASSISTENTE SOCIAL
PARINTINS/AM,____/____/____

Fonte: Pesquisa documental (2023).

A referida ficha caracteriza-se por apresentar data de entrada do/a usuário/a no serviço, nome, e outros dados pessoais como o endereço, naturalidade, estado civil, escolaridade, contato, etc. Também contém informações sobre o responsável e familiares, e situação econômica da pessoa atendida. A ficha social do Hospital Jofre Cohen[9] apresenta mais detalhes do/a usuário, além dos já citados, como informação sobre a internação do/a usuário nas clínicas médicas, documentação de identificação pessoal, cor, etnia e mais detalhes da situação econômica.

Desse modo, identifica-se que as fichas sociais trazem informações mais gerais sobre o usuário, porém reúne elementos importantes que podem auxiliar na realização de estudo social mais detalhado sobre as demandas. Por outro lado, o estudo social não foi citado nas entrevistas

[9] Anexo C

pelas assistentes sociais, somente os documentos que, geralmente, são subsidiados por ele, como relatórios e pareceres.

Além dessa ficha social acima, o SAVVIS dispõe do prontuário, o qual segundo Maria de Miranda é o mesmo utilizado pelo SAVVIS da capital, Manaus. Nesse em questão, é onde se registra a evolução do atendimento, registrada por todos da equipe do SAVVIS. Nele contém os agendamentos, exames laboratoriais e atendimentos realizados por cada profissional. Apresenta os dados de identificação da vítima, dados detalhados sobre a ocorrência da violência, a descrição do relato da pessoa atendida, a história ginecológica, entre outras informações necessárias à assistência médica. Ainda dispõe de um espaço para a descrição do atendimento psicológico e do Serviço Social com encaminhamentos e observações.

Fichas sociais e prontuários são documentos que podem contribuir para estudos sociais, assim como demais técnicas como a escuta qualificada, observação, visitas, estudos bibliográficos, e uma variedade de instrumentos técnicos-operativos escritos ou orais (CFESS, 2022b).

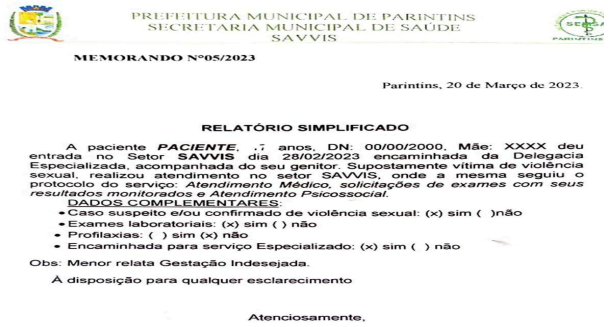
> Os estudos sociais são estruturados a partir dos sujeitos para os quais a ação está dirigida, formas de abordagem desses sujeitos, bem como pela utilização dos instrumentos técnico-operativos e pela produção de documentos. Documentos esses relacionados tanto às ações na sua singularidade, como na produção de sistematizações como: informes e relatórios que podem desencadear outras ações profissionais, de si ou de outros, ou subsidiar outras instâncias de planejamento, gestão e formulação de políticas sociais (Mioto, 2009).

O estudo social contribui para interpretação crítica, análise e reflexão das situações e aprimora estratégias de ação no trabalho, não só com o/a assistente social, mas para com toda a equipe. Mioto (2009), já apontava que o desenvolvimento das ações profissionais advém de uma investigação apurada das condições sociais em que vivem os usuários, grupos ou populações. Apreender a demanda como parte de uma estrutura desigual capitalista é um exercício mediado pelos estudos sociais, e através dele pode subsidiar decisões que se encaminham para a viabilização de direitos, materializadas em relatórios ou pareceres sociais. Ou seja, a elaboração de relatórios, laudos ou pareceres pressupõe resultam do estudo social.

No SAVVIS foi percebida a ausência de documentos de competência do Serviço Social, como, por exemplo, os relatórios sociais. Já o parecer social aparace no prontuário único da vítima de violência sexual. A assistente social comunicou que não elaborava esses documentos de

forma particular, porque as documentações do SAVVIS são elaboradas em conjunto pela equipe. O relatório do qual tivemos acesso também é coletivo, com informações breves sobre a demanda atendida. As informações identitárias da vítima e da equipe de atendimento foram preservadas no repasse da documentação. Segue abaixo:

Figura 4 - Relatório Simplificado do SAVVIS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAVVIS

MEMORANDO Nº05/2023

Parintins, 20 de Março de 2023.

RELATÓRIO SIMPLIFICADO

A paciente ***PACIENTE***, ,7 anos, DN: 00/00/2000, Mãe: XXXX deu entrada no Setor **SAVVIS** dia 28/02/2023 encaminhada da Delegacia Especializada, acompanhada do seu genitor. Supostamente vítima de violência sexual, realizou atendimento no setor SAVVIS, onde a mesma seguiu o protocolo do serviço: *Atendimento Médico, solicitações de exames com seus resultados monitorados e Atendimento Psicossocial.*

DADOS COMPLEMENTARES:

- Caso suspeito e/ou confirmado de violência sexual: (x) sim ( )não
- Exames laboratoriais: (x) sim ( ) não
- Profilaxias: ( ) sim (x) não
- Encaminhada para serviço Especializado: (x) sim ( ) não

Obs: Menor relata Gestação Indesejada.

À disposição para qualquer esclarecimento

Atenciosamente,

Fonte: Pesquisa documental (2023).

Trata-se, portanto, de um documento produzido coletivamente, de caráter mais informativo, diferindo-se de um relatório social exclusivo do/a assistente social. A produção de documentos e a emissão de opiniões técnicas é uma atividade do/a assistente social em diversos espaços sócio-ocupacionais, e está arraigada à profissão desde o seu surgimento, sendo, portanto, uma das suas atribuições e competências profissionais, uma vez que demonstra o direcionamento social da profissão alinhado ao seu projeto ético-político (CFESS, 2022b).

Segundo Mioto (2009), nem sempre a opinião técnica do/a assistente social precisa estar formalizada, esta pode ser explícita de forma verbal ou escrita. Contudo, é comum que o/a assistente social produza estudos, informes, relatórios, laudos, pareceres, os quais são inerentes ao seu fazer profissional (CFESS, 2022b).

Trindade (2017), à luz sobre a documentação utilizada pelo/a assistente social, faz distinção entre documentação técnica e documentação burocrático-administrativa/oficial. A documentação técnica corresponde a

> ficha social, evolução ou acompanhamento social, formulários de entrevista, registro de visitas domiciliares, mapas de acompanhamento ou atendimento, relatórios, livros de

> ocorrência ou de registro de atividades do Serviço Social. Lembramos que essa documentação é de inteira responsabilidade e autoridade do assistente social, cabendo a ele a definição da forma e conteúdo dela, e cabe à instituição prover as condições para materializar a documentação, que deve ser guardada no espaço físico da instituição, resguardando-se o sigilo profissional. Dentre as documentações técnicas algumas são compartilhadas pela equipe, considerada aqui como documentação técnica da equipe: fichas de acompanhamento, prontuários, relatórios, mapas, murais. Esta documentação técnica da equipe não elimina a documentação técnica do Serviço Social, pois esta fundamentará a contribuição do assistente social ao registro da equipe (Trindade, 2017, p. 90-91).

Quando falamos em relatório social, trata-se de uma exposição escrita sobre o atendimento e análise à expressão da questão social, podendo conter muitos ou poucos detalhes:

> pode documentar informações e análises relativas a atendimentos e acompanhamento de uma situação em diferentes momentos ou, dependendo da urgência de providências ou da finalidade de cada atendimento, pode implicar vários relatórios sobre a mesma situação. Ou, ainda, as informações decorrentes de várias entrevistas em diferentes momentos podem resultar em apenas um relatório final, mais completo. Portanto, o conteúdo com maior ou menor nível de detalhamento, com maior ou menor ênfase analítica, vai sempre depender do objeto, dos objetivos e da finalidade do registro/documento, isto é, por que, o que e para que registrar/documentar (Fávero; Franco; Oliveira, 2020, p. 67-68).

As informações contidas em um relatório social devem estar em consonância com objetivos da intervenção, podendo ser elaborado de diversas maneiras, haja vista que é um instrumento privilegiado de sistematização do trabalho profissional.

Nesse sentido, ressaltamos a importância do registro do processo de trabalho do Serviço Social no SAVVIS, a partir de documentos escritos, seja por meio de relatórios sociais ou livro de registro. Tal documentação é expressão do trabalho do/a assistente social na saúde e contribui no processo interventivo e investigativo das demandas (CFESS, 2022b).

Outro ponto que merece destaque é a linguagem verbal ou não verbal utilizada nos instrumentos técnico-operativos. O conteúdo expresso em um documento tem o objetivo de subsidiar decisões na rede de proteção, principalmente no campo sociojurídico. Nesse caminho, o/a assistente social expressa o seu conhecimento profissional e o seu compromisso ético-político através dos seus registros, que evidencia a sua coerência teórico-metodológica, por isso é tão importante adotar uso da linguagem científica e técnica, o mais distante possível de termos do senso comum. Observa-se que o uso do termo “menor” no relatório acima foi empregado como no senso comum, podendo ser substituído pelo termo “adolescente”.

Desse modo, ressaltamos, com base em Matos (2014), que a documentação técnica não seja empreendida como mero adereço burocrático no trabalho do Serviço Social. Pelo contrário, o registro da ação profissional facilita a sistematização da prática, e se constitui como estratégia de qualificação do atendimento.

Segundo Matos (2014) o registro do trabalho em Serviço Social possui uma intencionalidade. Assim, ao lançar mão dos instrumentais técnico-operativos, são requisitados o uso das três dimensões da profissão: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política (CFESS, 2022b), e também a necessidade de planejar a ação, considerando a finalidade a que se destina a intervenção profissional. Ao tratar sobre a definição de objetivos/finalidades no seu trabalho, obtemos como resposta:

> *A gente consegue sim, mas junto com a equipe. Como somos nós 4, geralmente a gente faz esse atendimento sempre, primeiramente nós 3, eu a enfermeira e a médica. Depois que a gente encaminha pra psicóloga então a gente consegue fazer, determinar os objetivos e alcançá-los* (Maria de Miranda, 2023).

Analisa-se a partir da resposta acima que há a proposição de objetivos pela equipe do SAVVIS. Guerra (2021) argumenta que, ao desenvolver uma atividade, o/a assistente social não é apenas um técnico, mas um profissional que tem a capacidade de criar criticidade a partir do domínio de sua instrumentalidade e da definição de objetivos alcançáveis, compreendendo que a direção social do modo de operar da profissão é determinada pelo movimento socio-histórico capitalista que originou a nossa profissão. É importante, no contexto das respostas profissionais às demandas, e na intencionalidade de cada intervenção, buscar a reflexão teórica, a dimensão ética e política, para que a particularidade da ação profissional do cotidiano não seja alvo de qualquer finalidade (Guerra, 2017).

Esse é o caminho para o/a profissional que busca dar respostas qualificadas. Ainda que o cotidiano, em virtude das condições de trabalho impostas pela atual estrutura societária capitalista, privilegiar a burocratização e a rotinização do exercício profissional, o que também é notado nas entrevistas, torna-se possível a dúvida, o questionamento das atividades, pois isso estimula o exercício dialético à intervenção profissional, e nos auxilia na compreensão de que os espaços sócio-ocupacionais são contraditórios e, quase sempre, conduzem ao mero exercício de respostas às requisições institucionais, como profissionais que atuam na execução terminal de políticas públicas (Guerra, 2017).

Nessa circunstância, o profissional é chamado a exercer sua autonomia profissional, caracterizada como relativa, dada a sua condição de trabalhador assalariado (Iamamoto; Carvalho, 2020). Quando questionada sobre o exercício de sua autonomia, a participante nos deu como resposta: *"a gente tem iniciativa, tem autonomia, mas a gente sempre busca consultar o jurídico, e também pra gente sempre estar respaldado por trabalhar com crianças e adolescentes como algo tão sério que é o nosso setor"* (Maria de Miranda, 2023).

Sabemos que a autonomia relativa está imersa em um jogo de forças, no qual o profissional ou submete-se às imposições de seu empregador podendo atuar no reforço da estrutura dominante, ou, por outro lado, direciona o seu fazer profissional como contra-hegemonia, voltado para cidadania e efetivação dos direitos daqueles que demandam os serviços sociais (Iamamoto, 2012). Esse profissional se limitará às exigências institucionais ou empregará esforço para responder aos interesses e necessidades dos/as usuários/as? Para Iamamoto (2009b), tal dilema demanda um posicionamento profissional em maio a tensão existente entre projeto profissional e alienação do trabalho. Concorda-se com Mioto e Nogueira (2013) ao apontar que esses dilemas persistem e se reatualizam sobre o trabalho dos/as assistentes sociais no campo das políticas públicas. O compromisso com o Código de Ética Profissional de 1993 e a defesa da direção social adotada pela profissão são armas estratégicas para conduzir a intervenção na contramão da diminuição da autonomia relativa, apesar de a lógica capitalista e neoliberal ter avançado sobre as relações de trabalho, políticas e programas sociais.

3.3 Possibilidades para o trabalho do/a assistente social no atendimento às demandas de violência sexual

O conhecimento sobre a violência sexual, enquanto expressão da questão social, perpassa a dimensão histórica, social e cultural, portanto não se trata apenas da "ação entre indivíduos, mas de uma convenção social garantidora de determinados papéis de gênero e, portanto, da estrutura social que com eles se reproduz" (Mastropaolo, 2022, p. 114). Desnaturalizar a violência sexual implica, sobretudo, enxergá-la mais como imposição de poder e controle de um sobre o outro, do que sobre desejo incontrolável; mais do que o ato de abusar, a violência sexual expressa as relações sociais de hierarquia e submissão ancoradas na engrenagem sistêmica do

patriarcado, racismo e capitalismo. Solyszko (2022) enfatiza: tais violências e o acesso invasivo e destrutivo aos corpos de meninas e mulheres não pode ser pensado fora das “relações de classe social construídas no capitalismo, nas relações racistas vividas nessa sociedade colonizada e nas relações desiguais de gênero previstas no patriarcado” (p. 149).

Como diz Saffioti (2015), a desigualdade entre homens e mulheres não pode ser interpretada como natural, esta é uma construção social eminentemente ligada às estruturas de poder. Para a autora, tanto o gênero, quanto a família e os domicílios, são territórios atravessados por hierarquias, nas quais, sobretudo, os homens ocupam a posição de dominadores-exploradores, e mulheres e crianças são dominadas-exploradas. Dessa lógica derivam inúmeras violências, dentre elas a doméstica, a violência contra as crianças e adolescentes, o abuso sexual, entre outras manifestações.

Os desafios que a realidade da violência sexual impõe ao trabalho das/os assistentes sociais são inúmeros, principalmente em tempos de avanço da ideologia conservadora, do moralismo e criminalização dos corpos de meninas e mulheres, do retrocesso de direitos e políticas sociais (CFESS, 2024). Cabe ressaltar que das participantes entrevistadas, apenas a assistente social do SAVVIS, conhecia as normas técnicas de atendimento, as demais destacaram apenas já ter ouvido falar, mas que nunca leram. Além do mais, as profissionais demonstraram pouca articulação com os coletivos sociais do município como COLIMA, TEIA, UMPIN, entre outros (Ferreira; Fonseca, 2021). As ações sociais das quais as profissionais disseram estar envolvidas, quando são chamadas, referem-se aquelas promovidas pelo próprio município, no âmbito da SEMSA, as campanhas de saúde, tais como: Março Lilás, Maio Laranja, Outubro Rosa, Setembro Amarelo, etc.

É fundamental que os/as assistentes sociais, bem como demais profissionais da saúde, tenham conhecimento dos aspectos legais que regulam o atendimento à violência sexual no âmbito da saúde, nos hospitais, ambulatórios e unidades básicas, já que estão atuando direta e indiretamente com a demanda. A dimensão educativa é um pilar para a qualificação do atendimento à violência sexual, e precisa ser incorporada por todos/as. O atendimento à violência sexual também perpassa a compreensão do que é o autoritarismo, machismo, racismo, a violência e suas expressões como formas de opressão estruturantes da realidade brasileira (Santos, 2021). Sem esses pressupostos é mais difícil desenvolver ações socioeducativas, ou trabalhar

diretamente com o/a usuário/a para o enfrentamento dessa violência. A participação em movimentos/organizações sociais também pode ser uma alternativa.

Nesse sentido, é que ressaltamos para a importância de assistentes sociais atuarem no atendimento às pessoas em situação de violência sexual, como também, salientamos a necessidade de uma formação profissional que contemple, em suas diretrizes curriculares, as discussões sobre as desigualdades de gênero e as violências que atingem, sobretudo, mulheres, crianças e adolescentes.

A categoria apresenta uma contribuição necessária, uma vez que a profissão defende a bandeira dos direitos humanos, da liberdade, da consolidação da cidadania, da democracia, da equidade e justiça social, de uma sociedade sem preconceitos e discriminação por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física, e do compromisso com a qualidade dos serviços prestados, como bem evidencia os princípios do Código de Ética profissional do Serviço Social. É uma profissão que deseja a emancipação humana e a construção de uma sociedade mais justa, livre da opressão e violência estrutural, por isso, defender a vida das mulheres e crianças faz parte de nossa agenda social e política.

Como apontam Gomes e Brito (2015, p. 346) "é fundamental na competência ético-política que o assistente social, para ter sua prática baseada em uma direção social, tenha um posicionamento político diante das questões que aparecem na realidade social, tendo como base as orientações do Código de Ética". Estar alinhado a essa perspectiva é estar em sintonia com o projeto ético-político da profissão, e mais: "para o Serviço Social, falar das lutas das mulheres é falar de sua própria luta, porque tem como público do seu trabalho, majoritariamente, as mulheres usuárias das políticas sociais e, também, porque em maioria, é composto por 92% de mulheres" (CFESS, 2024, p. 1).

Ou seja, a intervenção profissional qualificada depende do movimento das dimensões da profissão, semeadas no terreno da teoria social crítica e de como isso direciona as respostas profissionais, em que o profissional saiba não somente o "como fazer", mas também explicar as razões e os impactos do seu trabalho para com a população atendida. O conhecimento do conjunto sócio-histórico que moldou a profissão e que, na contemporaneidade, influencia as condições de trabalho e as respostas ético-políticas e técnico-operativas do/a assistente social, se faz necessária para identificar os limites e as possibilidades do exercício profissional, e de como

isso é apropriado pelo profissional no caminho de atividades propositivas e compatíveis com as suas atribuições e competências (Iamamoto, 2009a).

Desse modo, salienta-se que o caminho para o enfrentamento das formas de violência que afetam a vida das mulheres, meninas e crianças não se desenvolve de forma isolada, e sim da luta coletiva. A seguir, propomos algumas ações que podem ser implementadas e adequadas pelo/a assistente social em conjunto com a equipe de trabalho e com a rede intersetorial, tendo em vista o contexto de atenção à violência sexual nos diversos espaços sócio-ocupacionais e na própria saúde:

- Elaborar cartilhas informativas e/ou cartazes, panfletos, etc., com a equipe técnica, sobre os direitos das pessoas em situação de violência sexual, especialmente, crianças e adolescentes e mulheres, evidenciando canais de denúncia e rede de proteção. Disponibilizar o material nos atendimentos para os/as usuários/as e seus familiares;
- Realizar e/ou participar de palestras educativas sobre violência sexual no próprio serviço, e/ou em escolas e instituições que atendam o público infanto-juvenil e suas famílias, mediante salas de espera, salas de acolhimento e rodas de conversa;
- Incentivar a discussão sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos na atenção primária e especializada da saúde;
- Compartilhar estudos e pesquisas sobre os temas de violência sexual, violência contra as mulheres e desigualdades de gênero com a equipe técnica dos serviços de atendimento a esses segmentos às vítimas de violência sexual;
- Incentivar a participação popular de usuários dos serviços especializados da atenção à violência sexual em conselhos de direitos.

Soma-se a isso, a sensibilização de todos os/as trabalhadores para o atendimento humanizado às pessoas vítimas de violência sexual, considerando que hospitais e unidades de saúde são porta de entrada para essas situações. O atendimento humanizado constitui-se num direito dos/as usuários/as, e consiste num trabalho coletivo que envolve gestores, trabalhadores e usuários/as dos serviços de saúde (Brasil, 2006). Ademais, a rede de serviços especializados e não especializados de saúde precisa estar preparada para a identificação e acolhimento das pessoas em situação de violência, isso demanda planejamento e organização dos serviços, considerando desde ações preventivas às etapas de intervenção e apoio às vítimas (Bearzi *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dissertar sobre o atendimento à violência sexual na saúde significou adentrar em um mundo de descobertas, um verdadeiro mergulho nas aventuras da pesquisa social (Minayo, 1994). Os resultados alcançados são uma contribuição à ciência, e um convite a novos pesquisadores para desvendarem mais. A realidade aqui estudada orientou-se pelo materialismo histórico dialético e visou uma aproximação sucessiva do tema, para aprofundá-lo. Ainda assim, entende-se que a realidade social transcende qualquer teoria, pensamento ou discurso que se possa produzir sobre ela (Minayo, 1994).

Nesse caminho, com intuito de estudar o trabalho do/a assistente social na atenção à saúde das pessoas em situação de violência sexual, partimos da discussão sobre as origens sistêmicas da violência sexual, assim como, buscamos apreender as determinações da profissão especialmente relacionada ao trabalho na saúde pública, desvelando como se organiza a rede de saúde pública em Parintins, e as condições de trabalho das assistentes sociais alvo da pesquisa. Por conseguinte, analisou-se o trabalho profissional desenvolvido no SAVVIS e hospitais do município de Parintins, na particularidade do atendimento prestado à violência sexual.

Os estudos revelam como a violência sexual se manifesta como uma expressão da questão social que deriva de uma estrutura social patriarcal-racista-capitalista, revelando-se como produto socialmente determinado, mas mitificado como natural para perpetuar a opressão sexual contra crianças, mulheres e pessoas, em qualquer âmbito, circunstância, condição física ou social. Mais do que violência direta, ela é a anulação da própria humanidade e da liberdade. É o cerceamento de vidas, de histórias. A quem interessa praticar essa barbárie? Aos que almejam sempre manter/ocupar lugares de poder e privilégios sobre outros. Paremos para pensar: se homens engravidassem, o aborto já seria legalizado? A questão da violência sexual esbarra em vários aspectos, por ter múltiplas determinações, mas estejamos certos de que se materializa por relações de poder, controle e dominação que envolvem raça, etnia, classe, geração, nas quais meninas e mulheres, negras e indígenas, são os principais alvos.

Todavia, ao Serviço Social compete intervir nessas questões. Estudar o trabalho profissional no atendimento à violência sexual nos revela que não existe um roteiro pronto para lidar com situações dessa violência. Os processos de trabalho, em sua dimensão interventiva, podem variar de acordo com cada âmbito e contexto em que se inserem. No entanto, é importante

que se estabeleçam diretrizes para atuar com demandas desse tipo. Nesse caso, sugere-se a produção coletiva de parâmetros para o trabalho do/a assistente social na atenção às pessoas vítimas de violência sexual. Uma produção voltada para esse atendimento agregará com a categoria profissional que se encontra na linha de frente do atendimento à violência sexual, e com a população usuária desses serviços. Como profissão que tem como objeto as expressões da questão social, é indispensável que a categoria esteja embasada sobre as situações de violência sexual, especialmente com mulheres, crianças e adolescentes. Na perspectiva de enxergá-los sob as lentes da totalidade, imersos numa dinâmica social excludente e opressora, com vistas a possibilitar outros caminhos orientados para a emancipação cidadã, para a viabilização de direitos sociais e para construção de uma vida sem ou menos marcada pela violência.

Ainda assim, o trabalho profissional incorre na lógica da administração pública e estatal capitalista, que impregna as políticas sociais, os serviços de atenção à violência sexual, e os direitos da população usuária. Reflexo disso, é a escassez de serviços especializados no Brasil, em especial, no estado do Amazonas, sobretudo nos municípios de médio e pequeno porte, com poucos recursos humanos e técnicos para a sua eficaz operacionalidade e a mercê dos gestores públicos que vão deixando para depois. Ademais, os/as profissionais de serviço social seguem realizando o trabalho requisitado pelas instituições empregadoras, desfrutando pouco de sua autonomia relativa, uma vez que estão inseridos na lógica do trabalho atual envoltos pela rotinização, intensificação e precarização do trabalho (Raichelis, 2018). Realidade que se identifica no Serviço Social nos hospitais de Parintins, profissionais sobrecarregados, incumbidos de apresentarem respostas imediatas às demandas da população, resultando em intervenções fragmentadas.

As entrevistas revelaram a dificuldade dos profissionais de Serviço Social em reconhecer as atribuições e competências da profissão no dia a dia do trabalho, como também a baixa autonomia relativa frente às atividades que não condizem com o fazer profissional do Serviço Social. Dessa forma, considera-se que a dinâmica do trabalho em plantão, quase sempre imbuída de ações rotineiras, burocráticas e mecanizadas no contexto do SUS, pode fragilizar o exercício profissional, bem como intervenções críticas, fortes e contínuas (Castro; Andrade, 2014). Reconhecer os limites e as possibilidades do exercício profissional nas instituições, constitui-se um importante passo para superação dos desafios postos pela natureza contraditória na qual se materializou a profissão historicamente, e que se fortalece na contemporaneidade devido ao

avanço neoliberal e as contrarreformas. Contudo, o Serviço Social dos hospitais de Parintins, destaca-se por ser um importante canal de interlocução com a população atendida, identificando suas necessidades, prestando acolhimento e orientações diárias a internos e acompanhantes, bem como, intermediando situações mais complexas, como transferência de pacientes para outra unidade hospitalar e articulação com a rede socioassistencial do município.

Os serviços de saúde especializados de atenção à violência sexual no Amazonas necessitam de melhores estruturas e ampliação para atender a alta demanda recebida. Além disso, tais serviços requerem incentivo à capacitação da equipe profissional, reforço de recursos humanos especializados, prioridade do atendimento emergencial (24h) e intersetorial, conforme dispõe as normas técnicas, com assistência psicossocial e clínica suficiente, haja vista os agravos decorrentes de uma violação sexual. Embora a estrutura do SAVVIS em Parintins, composta por uma equipe especializada, seja um avanço no atendimento à demanda de violência sexual na saúde parintinense, é preciso sempre enfatizar as melhorias para tal serviço, como o aprimoramento dos fluxos de atendimento e a ampliação de serviços demandados recorrentemente, de ultrassonografia e psiquiatria, por exemplo, para facilitar o usufruto por quem está sendo atendido pelo SAVVIS. Como também ofertar todos os procedimentos necessários ao atendimento, como a coleta de vestígios, prevista nas normas técnicas, que, no entanto, é realizada na capital Manaus.

A promoção da saúde com acesso universal e igualitário deve ser a premissa norteadora do atendimento de qualidade que se adequa à realidade do/a usuário/a. Outra questão a ser salientada, é a necessidade da sistematização de registros documentais dos instrumentos exclusivos do Serviço Social no âmbito SAVVIS, pois a ausência destes dificulta o estudo e a avaliação do trabalho realizado. Os registros também podem ser utilizados para garantir a continuidade das ações por outros profissionais (Vasconcelos, 2022).

A presença do Serviço Social como parte do atendimento especializado no SAVVIS é uma realidade recente no município de Parintins. Nesse sentido, destaca-se para a importância de assistentes sociais comporem as equipes profissionais que atuam no atendimento às pessoas em situação de violência sexual, entendendo que são profissionais que lançam no seu cotidiano de trabalho o saber técnico e investigativo, que o permite realizar acolhimento, escuta humanizada, identificando as condições de vulnerabilidade e risco trazidas pelo/a usuário/a, orientando sobre

direitos humanos e sociais, e articulando ações interdisciplinares e intersetoriais com objetivo de resolutividade da situação apresentada.

Desse modo, o acolhimento é o ponto de partida para o/a profissional de Serviço Social que trabalha na atenção às pessoas em situação de violência sexual. Ressalta-se que o processo interventivo desse profissional deve ser encarado como algo que também necessita de aprimoramentos e mudanças, a partir de como os serviços estão sendo organizados e operacionalizados, o que refletirá na dinâmica do funcionamento do serviço na sua totalidade. Traçar estratégias no ambiente profissional na perspectiva crítica do projeto ético-político profissional e na garantia de direitos significa realizar as competências profissionais, pois requisita o exercício e o domínio das três dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (Gomes, Brito, 2015). É, pois, tal movimento que dá o reconhecimento das atividades do Serviço Social, no contexto das instituições públicas, por intermédio das políticas sociais (Raichelis, 2018).

Nesse sentido, importa destacar que a atenção à violência sexual, no âmbito do SUS, deve perpassar os diversos níveis de atenção: primária e especializada, em que ambas haja profissionais qualificados e organizados em equipes interdisciplinares. Nas unidades básicas de saúde, por exemplo, o/a assistente social pode trabalhar com ações voltadas para a educação em saúde, vista como instrumento de intervenção dotado de dimensão social e ético-política que repercute efeitos na vida dos usuários (Santos; Senna, 2017). Cabe também a gestão municipal, planejar, organizar e monitorar políticas descentralizadas voltadas para a atenção em saúde à violência sexual do município de Parintins.

Além disso, a aproximação com os movimentos sociais é importante quando se trabalha com questões de violência contra a mulher, violência sexual e outras manifestações, até mesmo para incentivar a participação popular. Sabemos que a participação nesses espaços só é possível quando há coletivos atuantes em seu entorno. No entanto, as profissionais demonstraram pouca articulação com as ações promovidas pelas organizações sociais de Parintins que debatem temáticas concernentes à violência. Não houve relatos de participação contínua ou pontual com tais grupos, somente articulação com as ações de campanhas de saúde promovidas pela própria prefeitura municipal.

Ademais, aponta-se para a necessidade de educação permanente por parte da categoria no intuito de aprimoramento do trabalho profissional no âmbito da saúde pública, mediante a

pesquisa aprofundada das expressões da questão social que se desvelam nos espaços sócio-ocupacionais, e o estudo global das políticas públicas voltadas para o atendimento à violência sexual, seja na saúde ou em demais instituições da rede de proteção social, objetivando a perspectiva de enfrentamento à violência sexual e a garantia dos direitos das mulheres, crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho de; SILVA, Escarlete Raíssa Evangelista da; MENEZES, Shirley Vitória Teixeira de; FREITAS, Adriana Oliveira. A tessitura do serviço social no amazonas: história e historiografia da profissão. In: PINHEIRO, Hamida. *et al*. (Orgs). **Serviço social e os desafios do tempo presente**: historiografia e trabalho profissional. Manaus: EDUA, 2023.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 3-11, jul./dez. 2002.

ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99% um manifesto**. São Paulo: Boitempo, 2019.

ARRUZZA, Cinzia. Considerações sobre gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. **Outubro Revista**, n. 23, p. 33–58, 2015.

AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. **A interdisciplinaridade na violência sexual**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 115, p. 487-507, jul./set. 2013.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira Azevedo. Políticas sociais e violência doméstica contra crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. (Orgs.). **Infância e violência doméstica**: fronteiras de conhecimento. São Paulo: Cortez, 2009.

BAPTISTA, Tatiane Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil. In: Matta, Gustavo Correa; Pontes, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARROSO, Milena Fernandes. **"O começo do fim do mundo"**: violência estrutural contra mulheres no contexto da hidrelétrica de Belo Monte. 2018. 385f. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

BARROSO, Milena Fernandes. Violência estrutural: mediações entre "o matar e o morrer por conta". **Revista Katálysis**, v. 24, n. 2, p. 397–406, maio 2021.

BATTINI, Odária. Atitude investigativa e prática profissional. In: BAPTISTA, M. V.; BATTINI, O. **A prática profissional do assistente social**: teoria, ação, construção de conhecimento. São Paulo: Veras Editora, 2014.

BEARZI, Paula Suséli Silva de. *et al.* Trilhas para o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 3, 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **O pacto da branquitude**. Companhia das Letras, 2022.

BRASIL. Código Penal (1940). **Código penal e de processo penal** [recurso eletrônico]. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2021a.

BRASIL. Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013. **Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e de rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente** [recurso eletrônico]. 19. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2021b.

BRASIL. Lei Maria da Penha (2006). **Lei Maria da Penha** [recurso eletrônico]. Laura Peron Puerro, Thiago Rosa Soares (orgs.). 8. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2022.

BRASIL. Lei n.º 12.317 de 26 de agosto de 2010. **Acrescenta dispositivo à Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social**. Brasília–DF, 2010.

BRASIL. Lei n.º 12.845 de 1º de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual**. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. Lei n.º 14.679 de 18 de setembro de 2023. **Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para incluir a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes entre os fundamentos da formação dos profissionais da educação e para incluir a proteção integral dos direitos humanos e a atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual contra crianças e adolescentes entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília-DF, 2023. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14679&ano=2023&ato=2c2cXRq50MZpWTf6f. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.847 de 25 de abril de 2024. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília-DF, 2024. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2024/Lei/L14847.htm#art1. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala lilás**. Presidente sanciona lei que garante espaços exclusivos no SUS a mulheres vítimas de violência. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/presidente-sanciona-lei-que-garante-espacos-exclusivos-no-sus-a-mulheres-vitimas-de-violencia. Acesso em: 17 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anticoncepção de Emergência**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registros de informações e coleta de vestígios**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. **Boletim Epidemiológico**, v. 49, jun. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

BRASIL. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. **Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 12 out. 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio de Castro. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitári**a: elementos para o debate. 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. *et al*. (orgs). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitári**a: lutas sociais e práticas profissionais. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CAMURÇA, Silvia. 'Nós Mulheres' e nossa experiência comum. **Cadernos de Crítica Feminista**, n. 0, ano I. Recife: SOS Corpo, 2007.

CASTILLO, Elisa. A violência contra as mulheres no mundo em quatro mapas. **El País**. 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/11/22/internacional/1511362733_867518.html. Acesso em: 5 fev. 2023.

CASTRO; Jamile Silva de Oliveira; ANDRADE; Laurinete Salles de. Serviço Social e o sus: desafios na prática do assistente social. **Serviço Social e Saúde**, Campinas-SP, v. 13, n. 1, p. 11-126, jan./jun. 2014.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; FLACH, Roberta Matassoli Duran; FARIAS, Rejane Santos. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 15, v. 28, p. 99-124, jul./dez. 2012.

CENTRAL DE NOTÍCIAS DA AMAZÔNIA. **Estupro**: Mãe sabe por vizinhos que filha de 11 anos está grávida. CNA7. Disponível em: https://www.cna7.com.br/noticia/4177/estupro-de-vulneravel-crianca-de-11-anos-esta-gravida-e-mae-da-soube-por-vizinhos. 2021. Acesso em: 11 ago. 2022.

CEOLIN, George Francisco. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 239-264, jan./abr. 2014.

CHIORO, Arthur; COSTA, Ana Maria. A reconstrução do sus e a luta por direitos e democracia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 136, p. 5-10, jan./mar. 2023.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Serviço Social e Saúd**e, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 37–59, 2015. DOI: 10.20396/sss.v9i2.8634882. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634882. Acesso em: 20 jun. 2024.

CISNE, Mirla; SOARES, Camila Mesquita. Questão social no Brasil contemporâneo: contribuições do feminismo marxista e antirracista ao serviço social. **Libertas**, n. 1, v. 22, juiz de fora, 2022.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Cfess Manifesta**: dia internacional das mulheres. 2024. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2024-8M.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do/a Assistente Socia**l. Resolução nº 273. CFESS: Brasília, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Perfil de assistentes sociais no Brasil**: formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília, 2022a.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. P**rodução de documentos e emissão de opinião técnica em serviço social**. Brasília: CFESS, 2022b. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/EbookCfess-DocOpiniaoTecnica2022-Final.pdf. Acesso em: 19 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução nº 493/2006 de 21 de agosto de 2006. **Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.** Brasília: CFESS, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Regulamentação da Profissão de Assistente Socia**l. Lei nº 8.662. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (20ª Região). **Violência sexual contra a mulher também é assunto para assistentes sociais**. Mato Grosso: CRESS, 2016. Disponível em:https://www.cressmt.org.br/noticias/violencia-sexual-contra-a-mulher-tambem-e-assunto-para-assistentes-sociais/. Acesso em: 08 jun. 2024.

COSTA, Humberto; CHIORO, Arthur, SÓTER, Ana Paula Menezes; MORETTI, Bruno. O golpe contra a democracia, a austeridade e o ataque ao SUS: 2016, o ano que não acabou. **Perseu: História, Memória e Política**, n. 19, ano 14, p. 136-164, 2020.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELPHY, Christine. Patriarcado (teorias do). *In:* HIRATA, H. *et al*. **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009, p. 173-178.

DESLANDES, Suely Ferreira; FLACH, Roberta Matassoli Duran. Pornografia de vingança e misoginia: violência sexual e de gênero perpetrada pelo parceiro íntimo na ambiência digital. In: CAVALCANTI, L. F. **Violência sexual contra a mulher**: abordagens, contexto e desafios. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022.

DESLANDES, Suely Ferreira; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; CAVALCANTI, Ludmila Fontinele; SILVA, Raimunda Magalhães da. Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 865-77, out./dez. 2016. Acesso em: 19 jun. 2024.

DINIZ, Maria Ilidiana. **Mulheres como eu, mulheres como as outras:** desvelando o assédio moral e sexual no âmbito do trabalho das comerciárias do estado do rio grande do norte. 2014. 336f. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social. 2014.

ELY, Fabiana Regina. Serviço social e interdisciplinaridade. **Katálysis**, Florianópolis, v.6, n.1, p. 113-117, jan./jun. 2003. Acesso em: 17 maio. 2024.

ESBER, Karen Michel. **Autores de violência sexual contra crianças e adolescentes**: um estudo a partir da teoria sócio-histórica. 2008. 226f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Psicologia. Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. **SER Social**, Brasília, n. 2, p. 37-56, ago. 1998.

FÁVERO, Eunice T.; FRANCO, Abigail A. P.; OLIVEIRA, Rita C. S. Processos de trabalho e documentos em serviço social: reflexões e indicativos relativos à construção, ao registro e à manifestação da opinião técnica. In: CFESS. Atribuições privativas do/a assistente social em questão. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS202-AtribuicoesPrivativas-Vol2-Site.pdf. Acesso em: 28 maio. 2024.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FERNANDEZ, Cristiane Bonfim. **Os paradoxos do processo de formulação e implementação de políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil no estado do Amazonas (1999-2006)**. 2008. 276f. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

FERREIRA, Emily de Jesus; FONSECA, Lucas Milhomens. **Movimentos de mulheres em Parintins(Am)**: organização, atuação e luta feminista. In: X Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2021, Anais eletrônicos, Ambiente virtual: Universidade Federal do Maranhão, 2021. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissaoId_133_13361083761 1f830.pdf. Acesso em: 30 ago. 2024.

FIGUEIREDO, Patrícia. 9% das mulheres brasileiras sofreram violência sexual alguma vez na vida, diz pesquisa de IBGE e Ministério da Saúde. **Portal G1**, São Paulo, 11 de mai. De 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/05/11/9percent-das-mulheres-brasileiras-sofreram-violencia-sexual-alguma-vez-na-vida-diz-pesquisa-de-ibge-e-ministerio-da-saude.ghtml. Acesso em: 26 set. 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de Segurança Pública**. Ano 15. 2021a. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência contra as mulheres em 2021**. 2021b. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-contra-mulheres-em-2021/. Acesso em: 05 set. 2022.

FREIRE, Mariana Frizieiro da Silva Cruz. A rede de proteção à criança e ao adolescente vítimas de violência sexual no município de São Gonçalo. In: FREIRE, Mariana; PASSOS, Rachel Gouveia. (Orgs.). **Políticas Públicas, Gênero e Violência**. Campinas: Papel Social, 2015.

G1. **Caso Daniel Alves**: mulher que acusa jogador de violência sexual recusa indenização. 2023. Disponível em: https://g1.globo.com/mundo/noticia/2023/01/22/daniele-alves-vitima-de-violencia-sexual-recusa-indenizacao-caso-o-jogador-incriminado.ghtml. Acesso em: 1 fev. 2023.

G1. **Caso Janaína Bezerra:** juri condena thiago mayson a 18 anos de prisão por estrupo e assassinato da estudante na UFPI . 2023. Disponível em: https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2023/09/30/caso-janaina-bezerra-juri-condena-thiago-mayson-a-18-anos-de-prisao-por-estupro-e-assassinato-de-estudante-na-ufpi.ghtml. Acesso em: 24 jul. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Gleiciane Viana; BRITO, Liana. Trabalho profissional dos assistentes sociais na saúde na contrarreforma estatal. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n. 30, p. 335-356, jul./dez. 2015.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio Janeiro: Zahar, 2020.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. São Paulo: Cortez, 2021. Livro eletrônico.

GUERRA, Yolanda. Consolidar avanços, superar limites e enfrentar desafios: os fundamentos de uma formação profissional crítica. In: GUERRA, Yolanda. *et al*. (orgs). **Serviço Social e seus fundamentos**: conhecimento e crítica. 2. ed. Campinas: Papel Social, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 9-32, jan./jul. 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, A. E. **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados**. 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/parintins.html. Acesso em: 8 dez. 2022.

KOIDE, Nara Maria Reis Carneiro. **Regionalização e redes de atenção:** apreciação e organização da rede de urgência e emergência na região de saúde do baixo amazonas/am e município de referência Parintins. 2023. 111f. Dissertação (Mestrado Profissional em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.

KRUG, Etienne. *et al*. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

LIMA, Joana Azevêdo. **A repetição do abuso sexual intrafamiliar infanto-juvenil entre gerações**. 2012. 285f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. João Pessoa, 2012.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, p. 37-45, 2007.

LISBOA, Teresa Kleba; PINHEIRO, Eliane Aparecida. A intervenção do serviço social junto a questão da violência contra a mulher. **Katálysis**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 199-210, jul./dez. 2005.

LOURENÇO, Edvânia. *et al*. Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 154–168, jan. 2019.

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane Daine de Oliveira. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo : Atlas, 2017.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; CARREIRA, Maria Olinda Costa Santos; AMARAL, Denise Perroud. Do Serviço Social Médico ao Serviço Social na Saúde: Meio século de história em São Paulo. **Serviço Social e Saúde**, Campinas - SP, v. 15, n. 1, p. 37-50, jan./jun. 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social. In: Martinelli, M. L. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço social**: identidade e alienação. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social na área da saúde**: uma relação histórica. Intervenção Social, v. 28, p. 9-18. 2003.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política: livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MASTROPAOLO, Josefina. Punição e controle do feminino: funcionalidade da violência sexual no capitalismo. In: CAVALCANTI, L. F. **Violência sexual contra a mulher**: abordagens, contexto e desafios. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022.

MATOS, Maurílio. Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 124, p. 678–698, out. 2015.

MATOS, Maurílio de Castro. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2014.

MENEZES, Debora Holanda Leite. **A política de saúde brasileira**: os impactos da década de 90 aos dias atuais. In: V JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2011, Anais eletrônicos, São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_POLITICA_DE_SAUDE_BRASILEIRA_OS_IMPACTOS_DA_DECADA_DE_90_AOS_DIAS_ATUAIS.pdf. Acesso em: 31 jul. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); Deslandes, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa socia**l: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Atenção Primária**. Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 7 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada**: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em:<https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>. Acesso em: 7 fev. 2024.

MIOTO, Regina Célia; Nogueira, Vera Maria Ribeiro. Política social e serviço social: os desafios da intervenção profissional. **Katálysis**, Florianópolis, v.16, n. especial, p. 61-71, 2013. Acesso em: 19 jun. 2024.

MIOTO, Regina Célia. Estudos Socioeconômicos. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MONTEIRO, Fernanda de Oliveira. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 476-502, jul./set. 2010.

MORAES, Carlos Antônio de Souza. Os desafios do novo século à formação em serviço social. **Temporalis**, Brasília, ano. 16, n. 31, p. 105- 131, jan./jun. 2016.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Suporte institucional aos produtores de cuidado na atenção às mulheres em situação de violência sexual. In: CAVALCANTI, L. F. **Violência sexual contra a mulher**: abordagens, contexto e desafios. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022.

NASCIMENTO, Chrislayne Caroline dos Santos; OLIVEIRA, Carla Montefusco de. Educação permanente e serviço social: apontamentos sobre a formação profissional. **Temporalis**, Brasília, ano. 16, n. 31, p. 133- 165, jan./jun. 2016.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2017a.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da "Questão Social". **Temporalis**, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 41-49, jan./jul. 2001.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez Editora, 2017b.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria social. In: **Serviço Social**: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NEVES, Victoria Sabatine de Paiva; MOREIRA, Franciele Gonçalves. **O processo de adoecimento do assistente social**: os rebatimentos das transformações societárias na saúde do trabalhador. In: XVI ENPESS, 2018, Anais eletrônicos, Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2014.

OPAS. Organização Pan-americana da saúde. **Violência contra as mulheres**. 2028. Disponível em:https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women. Acesso em: 13 out. 2022.

PARINTINS (AM). Prefeitura Municipal. **Relatório anual 2024**: Avanços das Políticas Públicas em Parintins: Promoção Social e Qualidade de Vida. Parintins: Gráfica e Editora João XXIII, 2023.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria "questão social" em debate** [livro eletrônico]. São Paulo: Cortez, 2022.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PAULA, Érika Saldanha de. **O abuso sexual na família**: um estudo sobre enfrentamento a partir de intervenção institucional. 2011. 116f. Dissertação (Mestre em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.

PORTAL ACRÍTICA. **Homem é preso suspeito de estuprar os próprios filhos, de um, cinco e sete anos**. 2020. Disponível em: https://www.acritica.com/homem-e-preso-suspeito-de-estuprar-os-proprios-filhos-de-um-cinco-e-sete-anos-1.31261. Acesso em: 11 ago. 2022.

PORTAL MARCOS SANTOS. **Em visita ao Hospital Padre Colombo, Mayra Dias recebe confirmação de liberação de recursos, após discurso na Aleam**. Disponível em: https://www.portalmarcossantos.com.br/2023/02/23/em-visita-ao-hospital-padre-colombo-mayra-dias-recebe-confirmacao-de-liberacao-de-recursos-apos-discurso-na-aleam/. Acesso em: 25 fev. 2023.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 11, p. 116-128, jan./jul. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS (AM). **Relatório anual 2019**: indicadores e resultados. Parintins: Gráfica e Editora João XXIII, 2020.

QUEIROZ, Fernanda Marques; DINIZ, Maria Ilidiana. Serviço social, lutas feministas e violência contra a mulher. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 95-112, jul./dez. 2014.

RAICHELIS, Raquel. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 104, p. 750–772, out. 2010.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

RAICHELIS, Raquel. O trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 134-152, jan./abr. 2021.

RAICHELIS, Raquel. Serviço social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valéria (orgs.). **A nova morfologia do trabalho no serviço social.** São Paulo: Cortez, 2018.

RIBEIRO, Patrício Azevedo. Crise do capital e os impactos no Serviço Social: a realidade dos/as Assistentes Sociais em Parintins-Amazonas. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 20, p. 1-19, 2020.

ROSÁRIO, Lia Auxiliadora Soares do. **A prática profissional do serviço social nos hospitais de Parintins: um estudo sobre os desafios e perspectivas interdisciplinares**. 2013. 127 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão social**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Laurieny Rosa dos. Violência sexual contra criança e adolescente: reflexões sobre possibilidades e contribuições do serviço social. 2021. 99 f. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)-Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Campos dos Goytacazes, 2021.

SANTOS, Maria Teresa dos; MANFROI, Vania Maria. Condições de trabalho dos assistentes sociais: precarização ética e técnica do exercício profissional. **Revista Em Pauta**, v. 13, p. 178-196, 2015.

SANTOS, Marta Alves; SENNA, Mônica de Castro Maia. Educação em saúde e serviço social: instrumento político estratégico na prática profissional. **Katálysis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 439-447, set./dez. 2017.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. O instrumental técnico em serviço social: alguns apontamentos sobre o relacionamento. In: LAVORATTI, Cleide; COSTA, Dorival (Org.). **Instrumentos técnico-operativos no serviço social:** um debate necessário. Ponta Grossa: Estúdio Texto, 2016.

SAÚDE mental: os impactos do abuso sexual na infância e adolescência. **Childhood Brasil**, 2022. Disponível em: https://www.childhood.org.br/saude-mental-os-impactos-do-abuso-sexual-na-infancia-e-adolescencia/#:~:text=Ansiedade%2C%20depress%C3%A3o%2C%20s%C3%ADndrome%20do%20p%C3%A2nico,em%20adolescentes%20v%C3%ADtimas%20de%20abuso. Acesso em: 26 de abr. de 2024.

SCHOR, Tatiana; OLIVEIRA, José Aldemir de. Parintins: a geografia da saúde na formação da cidade média de responsabilidade territorial no Amazonas. In: BARTOLI, Estevan; MUNIZ, Charlene; ALBUQUERQUE, Renan (Orgs). **Parintins**: sociedade, território e linguagens. Manaus: EDUA, 2016.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. **Questão social e serviço social no Brasil**: fundamentos socio-históricos. Campinas: Papel Social, 2014.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, n. 103, p. 453–475, jul. 2010.

SOLYSZKO, Izabel. Realidades de horror: feminicídios e violência sexual contra a mulher. In: CAVALCANTI, L. F. **Violência sexual contra a mulher**: abordagens, contexto e desafios. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022.

SOUSA, Amandia Braga Lima. **Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) no Amazonas**: Um estudo sobre sua atuação junto aos indígenas. 2011. 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

SOUZA, Marineide Nunes de. **Proteção social à criança e ao adolescente vítimas da violência sexual, na cidade de Parintins-AM**: atuação em rede?. 2017. 199 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

SQUINCA, Flavia; DINIZ, Debora; BRAGA, Kátia. Violência sexual contra a mulher: um desafio para o ensino e a pesquisa no Brasil. **Revista Bioética**, v. 2, n. 12, p. 127-135, 2004. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/140/144. Acesso em: 26 set. 2021.

STEARNS, Peter N. **As origens das civilizações e do patriarcado**. 2015. Disponível em: http://www.editoracontexto.com.br/blog/as-origens-das-civilizacoes-e-do-patriarcado/. Acesso em: 7 nov. 2022.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de. **O que é violência contra mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2017.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (orgs.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2022.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. *et al*. (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VILHENA, Junia de; ZAMORA, Maria Helena. Além do ato: os transbordamentos do estupro. **Revista Rio de Janeiro**, n. 12, p. 115-130, jan./abr. 2004.

YAZBEK, Maria Carmelita. Fundamentos históricos e teóricos-metodológicos e as tendências contemporâneas no Serviço Social. In*:* GUERRA, Y. *et al*. **Serviço Social e seus fundamentos**: conhecimento e crítica. 2 ed. Campinas: Papel Social, 2019.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social**: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS/AS ASSISTENTES SOCIAIS DOS HOSPITAIS

1. IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Naturalidade: _____

Reside a quanto tempo em Parintins: _____

2. FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Ano de formação: _____

Instituição de formação:_____

Possui ou está cursando pós-graduação? Se sim, qual?

_____

3. DADOS INSTITUCIONAIS

Tipo de vínculo empregatício: ( ) Efetivo ( ) Prestador de serviço/Contratado

Tempo de trabalho na área da saúde: _____

Tempo de trabalho nesse hospital: _____

Carga Horária Semanal: _____

4. TRABALHO PROFISSIONAL NO HOSPITAL

- Existe um plano de trabalho do serviço social na instituição?
- Como chegam as demandas para o serviço social?
- O serviço social desse hospital recebe tanto demandas espontâneas quanto encaminhadas?
- Quais demandas são mais frequentes?
- Que benefícios socioassistenciais são solicitados ou viabilizados?
- Na sua concepção, quais as competências e atribuições do serviço social no hospital?
- Existe demanda que considera não ser de competência ou atribuição do/a assistente social?
- Quais instrumentos ou técnicas você utiliza no cotidiano profissional?
- Há predefinição de objetivos/finalidades antes de uma intervenção profissional?
- Tem autonomia para tomar decisões ou criar estratégias durante o seu trabalho?
- A equipe multiprofissional com a qual trabalha tem conhecimento do que é o serviço social e o que essa profissão desenvolve?
- Quais setores são mais acionados na rede?
- Há um acompanhamento das demandas?
- O serviço social participa de projetos ou ações socioeducativas nesse hospital? Se sim, quais?
- Costuma participar de eventos científicos do serviço social ou da área da saúde?
- Investiga teoricamente as expressões da questão social que se apresentam no seu dia a dia de trabalho?
- Na sua opinião, o que é mais desafiador durante seu trabalho no hospital?
- Tem alguma sugestão para que esse trabalho/atendimento do serviço social seja aprimorado?

5. VIOLÊNCIA SEXUAL

- Nesse hospital, são realizados atendimentos de urgência para situações suspeitas e/ou confirmadas de violência sexual?
- O que você compreende por violência sexual?
- Qual sua conduta profissional diante de situações suspeitas ou confirmadas de violência sexual?
- Você conhece as normas técnicas de atendimento às situações de violência sexual nas instituições de saúde?
- Você já participou de capacitação referente a esse tema?
- Já participou de ações de enfrentamento à violência sexual promovidas pela rede?
- Para você, qual a importância do trabalho dos assistentes sociais no enfrentamento à violência sexual?
- Tem conhecimento de movimentos sociais/coletivos que abordam temas sobre violência contra mulheres e crianças e adolescentes no município de Parintins?

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O/A ASSISTENTE SOCIAL DO SAVVIS

1. IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Naturalidade: _____

Reside a quanto tempo em Parintins: _____

2. FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Ano de formação:_____

Instituição de formação: _____

Possui ou está cursando pós-graduação: Se sim, qual?

_____

3. DADOS INSTITUCIONAIS

Tipo de vínculo empregatício: ( ) Efetivo ( ) Prestador de serviço/ Contratado

Tempo de trabalho na área da saúde: _____

Tempo de trabalho no SAVVIS: _____

Carga Horária Semanal: _____

4. TRABALHO PROFISSIONAL NO SAVVIS E VIOLÊNCIA SEXUAL

- O SAVVIS recebe demandas espontâneas e encaminhadas?
- O SAVVIS atende tanto adultos quanto crianças e adolescentes?
- O SAVVIS atende a demanda noturna?
- O SAVVIS recebe demandas de outros municípios? Se sim, quais?
- Que procedimentos de saúde são oferecidos nesse serviço para as vítimas?
- O SAVVIS fornece anticoncepção de emergência?
- Fornece profilaxias de infecções sexualmente transmissíveis?
- A coleta de vestígios de violência é realizada pelo SAVVIS?
- Há preenchimento da ficha de notificação compulsória?
- Nas orientações sociais prestadas às vítimas, procura-se realizar estudo social das condições de vida e/ou familiares da vítima?
- O que é mais desafiador durante um atendimento?
- Nos atendimentos das situações de violência sexual os acompanhantes ficam presentes?
- Além da orientação prestada à vítima de violência, ocorre orientação ou atendimento aos acompanhantes/familiares?
- Na sua concepção, quais as competências e atribuições do serviço social no SAVVIS?
- Existe demanda que considera não ser de competência ou atribuição do/a assistente social?
- Quais instrumentos ou técnicas você utiliza no seu cotidiano profissional?
- Há predefinição de objetivos/finalidades antes de uma intervenção profissional?
- Tem autonomia para tomar decisões ou criar estratégias durante o seu trabalho?
- A equipe multiprofissional com a qual trabalha tem conhecimento do que é o serviço social e o que essa profissão desenvolve?
- Quais setores são mais acionados na rede?
- Há um acompanhamento das demandas?
- O SAVVIS realiza ou já realizou ações socioeducativas?
- A equipe multiprofissional do SAVVIS participa de projetos/ações promovidos pela secretaria de saúde?

- A equipe multiprofissional do SAVVIS participa de ações de enfrentamento à violência sexual promovidas pela rede?
- Na sua opinião, quais são as fragilidades desse serviço?
- Qual sua sugestão para a melhoria do atendimento ofertado pelo SAVVIS?
- Considera que o trabalho realizado pelo SAVVIS tem o devido reconhecimento na saúde e na rede de enfrentamento?
- Participa de atividades de capacitação sobre a temática da violência sexual?
- Para você, qual a importância do serviço social no SAVVIS?
- O que você compreende por violência sexual?
- Tem conhecimento de movimentos sociais/coletivos que abordam temas sobre violência contra mulheres e crianças e adolescentes no município de Parintins?

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de mestrado intitulada "**SERVIÇO SOCIAL E VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA ANÁLISE DO TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARINTINS/AM**", sob responsabilidade da pesquisadora **Emily de Jesus Ferreira**, que tem como objetivo principal analisar o trabalho das/os assistentes sociais na atenção à saúde das pessoas em situação de violência sexual no município de Parintins (AM), e como objetivos secundários: apreender a violência sexual como expressão da questão social e objeto de trabalho do Serviço Social; desvelar os fundamentos do trabalho profissional do Serviço Social na área da saúde; analisar o trabalho dos/as assistentes sociais nas situações de violência sexual no SAVVIS e hospitais do município de Parintins, considerando finalidade, competências, atribuições e instrumental técnico-operativo.

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, espaço que defende os interesses dos participantes voluntários de pesquisas em sua integridade e dignidade, por meio da regulamentação, análise e fiscalização da conduta ética dos pesquisadores, nos termos das Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas indicadas no roteiro da entrevista, e perguntas abertas, se necessário, onde as questões devem ser respondidas livremente. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento.

Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A entrevista é de caráter sigiloso, isto é, seu nome e endereço serão preservados e não poderão ser divulgados pela pesquisadora em qualquer hipótese. Somente com o seu consentimento as entrevistas poderão ser gravadas e quando as gravações forem autorizadas, você terá direito a receber cópia da transcrição das gravações durante a entrevista, bem como, terá garantido o acesso aos resultados da pesquisa.

A realização dessa pesquisa traz como benefícios impulsionar academicamente estudos aprofundados acerca do tema da violência sexual e do trabalho do Serviço Social na saúde, bem como fomentar esses debates nas universidades e nos espaços ocupacionais do/a assistente social, dando visibilidade para estes temas. A pesquisa poderá apontar melhorias para a qualidade do serviço prestado no que se refere à atenção às vítimas de violência sexual no município de Parintins, bem como fornecer subsídios para a elaboração e/ou fortalecimento de políticas públicas voltadas para a atenção à violência na saúde. No âmbito do Serviço Social, trará discussões acerca do trabalho profissional na saúde e sugestões de parâmetros para o atendimento à violência sexual, com vistas à qualificação e aprimoramento desse exercício profissional. Para a sociedade em geral, a pesquisa fornecerá elementos fundamentais para obtenção de conhecimento no tema, bem como contribuir com movimentos sociais no enfrentamento à violência contra mulheres, crianças e adolescentes.

O local e a data de realização das entrevistas serão escolhidas segundo sua preferência, preservando seu conforto, intimidade e segurança. Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

Saiba que os riscos inerentes à sua participação na pesquisa são mínimos tais como: cansaço ou aborrecimento, desconforto, incômodo, constrangimento etc, que podem ocorrer no ato da aplicação das entrevistas. Se houver necessidade, em razão de algum dano ou sofrimento psíquico decorrente da participação na pesquisa, o participante poderá ser encaminhado para o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA) da UFAM, o qual forneceu anuência e apoio à referida pesquisa, irá recebê-lo (a), proporcionando-lhe adequado atendimento psicológico. Endereço: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Bloco X, Coroado I, Fone: (92) 3305-1181/ (92) 99222-2275. Conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, IV. 3. h, IV. 4.c e V.7, está assegurado o direito a solicitar indenizações e cobertura material para reparação a possíveis danos causados

pela pesquisa ao participante da pesquisa, e jamais será exigido dos participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Para qualquer dúvida ou informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelo telefone (92) _____ ou pelo e-mail: emilydejesus53@gmail.com ou com a orientadora do projeto de pesquisa, pelo telefone _____ ou pelo e-mail: _____ O endereço institucional da pesquisadora responsável e da orientadora é a Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, nº 6200, Coroado, Setor Norte, Bloco Mário Ipiranga, no Campus Universitário Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais/Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia/ Fone institucional: (92) 3651-7582 e-mail: ppgss@ufam.edu.br.

Fica disponibilizado, para eventuais informações, o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), localizado na Rua Teresina, 495 – Escola de Enfermagem de Manaus, sala 07 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus/AM. Fone: 3305-1181/RAMAL: 2004 e e-mail: cep.ufam@gmail.com.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma cópia com a pesquisadora e a outra deverá ser entregue a você, antes da realização da entrevista.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar.

_____

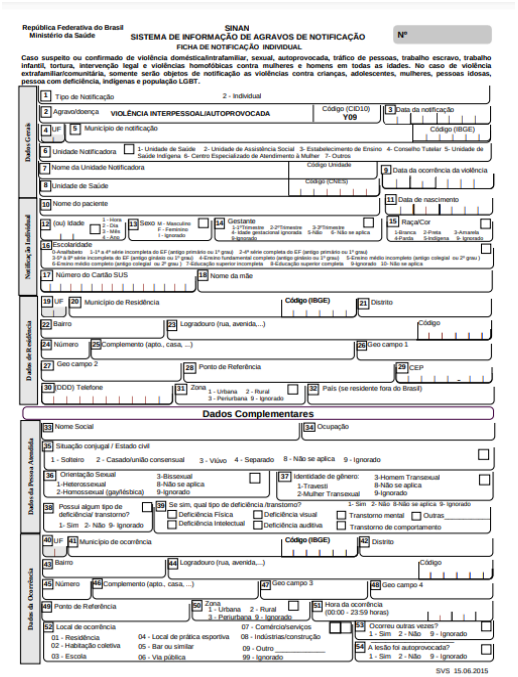
Assinatura do/a Participante

_____

Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXOS

Anexo A-Ficha de notificação Compulsória (SINAN)



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, 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.

Dados Gerais
1 Tipo de Notificação — 2 - Individual
2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação
4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)
6 Unidade Notificadora — 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
8 Unidade de Saúde — Código (CNES) — 9 Data da ocorrência da violência

Notificação Individual
10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento
12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
13 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
14 Gestante — 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
15 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
16 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

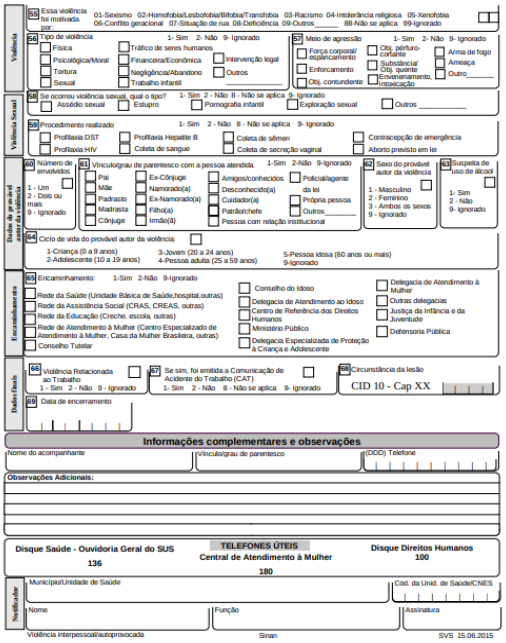
Dados de Residência
19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito
22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código
24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1
27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP
30 DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida
33 Nome Social — 34 Ocupação
35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
38 Possui algum tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — Deficiência Física; Deficiência Intelectual; Deficiência visual; Deficiência auditiva; Transtorno mental; Transtorno de comportamento; Outras

Dados da Ocorrência
40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito
43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código
45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4
49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
52 Local de ocorrência — 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
53 Ocorreu outras vezes? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
54 A lesão foi autoprovocada? — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015



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 — Física; Psicológica/Moral; Tortura; Sexual; Tráfico de seres humanos; Financeira/Econômica; Negligência/Abandono; Trabalho infantil; Intervenção legal; Outros
57 Meio de agressão — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado — Força corporal/ espancamento; Enforcamento; Obj. contundente; Obj. perfuro-cortante; Substância/ Obj. quente; Envenenamento/ Intoxicação; Arma de fogo; Ameaça; Outro_____

Violência Sexual
58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? — 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado — Assédio sexual; Estupro; Pornografia infantil; Exploração sexual; Outros _____
59 Procedimento realizado — 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado — Profilaxia DST; Profilaxia HIV; Profilaxia Hepatite B; Coleta de sangue; Coleta de sêmen; Coleta de secreção vaginal; Contracepção de emergência; Aborto previsto em lei

Dados da provável autor da violência
60 Número de envolvidos — 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado
61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado — Pai; Mãe; Padrasto; Madrasta; Cônjuge; Ex-Cônjuge; Namorado(a); Ex-Namorado(a); Filho(a); Irmão(ã); Amigos/conhecidos; Desconhecido(a); Cuidador(a); Patrão/chefe; Pessoas com relação institucional; Policial/agente da lei; Própria pessoa; Outros_____
62 Sexo do provável autor da violência — 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
63 Suspeita de uso de álcool — 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado
64 Ciclo de vida do provável autor da violência: — 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado

Encaminhamento
65 Encaminhamento: — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado — Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras); Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras); Rede da Educação (Creche, escola, outras); Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras); Conselho Tutelar; Conselho do Idoso; Delegacia de Atendimento ao Idoso; Centro de Referência dos Direitos Humanos; Ministério Público; Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente; Delegacia de Atendimento à Mulher; Outras delegacias; Justiça da Infância e da Juventude; Defensoria Pública

Dados Finais
66 Violência Relacionada ao Trabalho — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) — 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

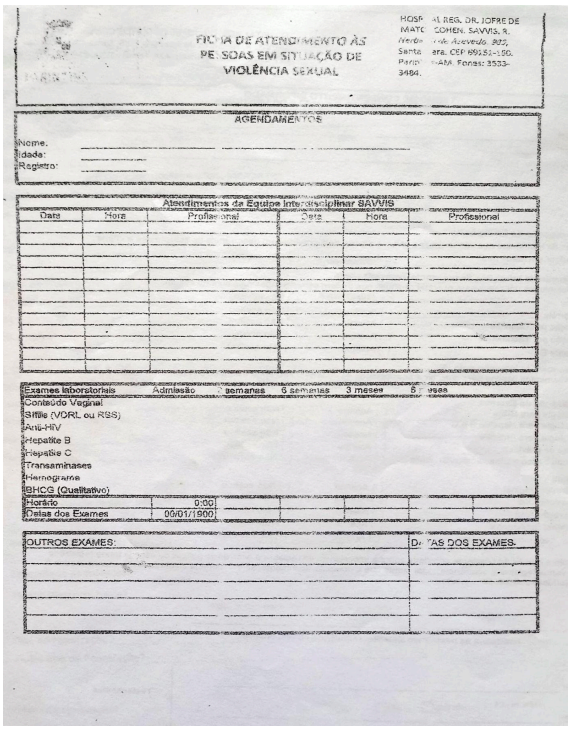
Nome do acompanhante — Vínculo/grau de parentesco — (DDD) Telefone
Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136
TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180
Disque Direitos Humanos 100

Notificador
Município/Unidade de Saúde — Cód. da Unid. de Saúde/CNES
Nome — Função — Assinatura

Violência interpessoal/autoprovocada — Sinan — SVS 15.06.2015

Anexo B-Prontuário de atendimento do SAVVIS



FICHA DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

AGENDAMENTOS

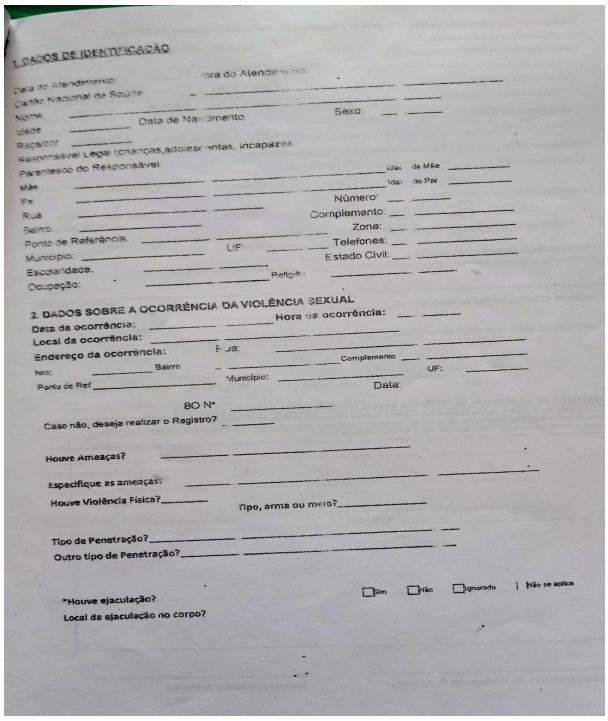
Nome:
Idade:
Registro:

Atendimento da Equipe Interdisciplinar SAVVIS

Data	Hora	Profissional	Data	Hora	Profissional

Exames laboratoriais	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 meses	6 meses
Conteúdo Vaginal					
Sífilis (VORL ou RSS)					
Anti-HIV					
Hepatite B					
Hepatite C					
Transaminases					
Hemograma					
BHCG (Qualitativo)					
Horário	9:00				
Datas dos Exames	00/01/1900				

OUTROS EXAMES: DATAS DOS EXAMES:

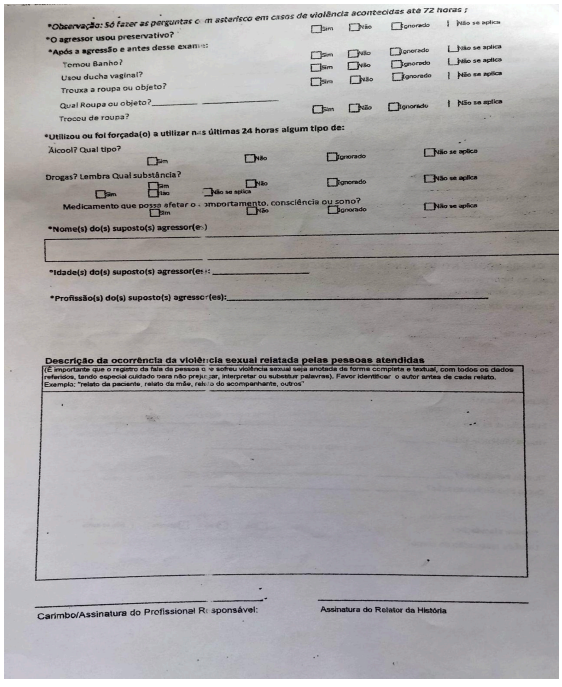


1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data do Atendimento: Hora do Atendimento:
Cartão Nacional de Saúde:
Nome: Sexo:
Idade: Data de Nascimento:
Raça/cor:
Responsável Legal (crianças,adolescentes, incapazes
Parentesco do Responsável
Mãe: Idade da Mãe:
Pai: Idade do Pai:
Rua: Número:
Bairro: Complemento:
Ponto de Referência: Zona:
Município: UF: Telefones:
Escolaridade: Estado Civil:
Ocupação: Religião:

2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

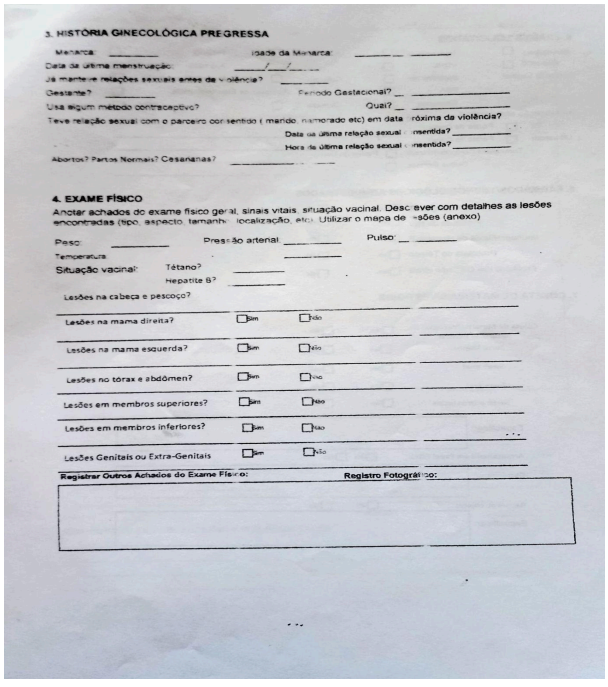
Data da ocorrência: Hora da ocorrência:
Local da ocorrência:
Endereço da ocorrência: Rua:
Nro: Bairro Complemento UF:
Ponto de Ref Município: Data:
BO Nº
Caso não, deseja realizar o Registro?
Houve Ameaças?
Especifique as ameaças:
Houve Violência Física? Tipo, arma ou meio?
Tipo de Penetração?
Outro tipo de Penetração?
*Houve ejaculação? Sim Não Ignorado Não se aplica
Local da ejaculação no corpo?



*Observação: Só fazer as perguntas com asterisco em casos de violência acontecidas até 72 horas !
*O agressor usou preservativo? Sim Não Ignorado Não se aplica
*Após a agressão e antes desse exame:
Tomou Banho? Sim Não Ignorado Não se aplica
Usou ducha vaginal? Sim Não Ignorado Não se aplica
Trouxa a roupa ou objeto?
Qual Roupa ou objeto? Sim Não Ignorado Não se aplica
Trocou de roupa?
*Utilizou ou foi forçada(o) a utilizar nas últimas 24 horas algum tipo de:
Álcool? Qual tipo? Sim Não Ignorado Não se aplica
Drogas? Lembra Qual substância? Sim Não Ignorado Não se aplica
Medicamento que possa afetar o comportamento, consciência ou sono? Sim Não Ignorado Não se aplica
*Nome(s) do(s) suposto(s) agressor(es):
*Idade(s) do(s) suposto(s) agressor(es):
*Profissão(o) do(s) suposto(s) agressor(es):

Descrição da ocorrência da violência sexual relatada pelas pessoas atendidas
(É importante que o registro da fala da pessoa que sofreu violência sexual seja anotada de forma completa e textual, com todos os dados referidos, tendo especial cuidado para não prejudicar, interpretar ou substituir palavras). Favor identificar o autor antes de cada relato.
Exemplo: "relato da paciente, relato da mãe, relato do acompanhante, outros"

Carimbo/Assinatura do Profissional Responsável: Assinatura do Relator da História



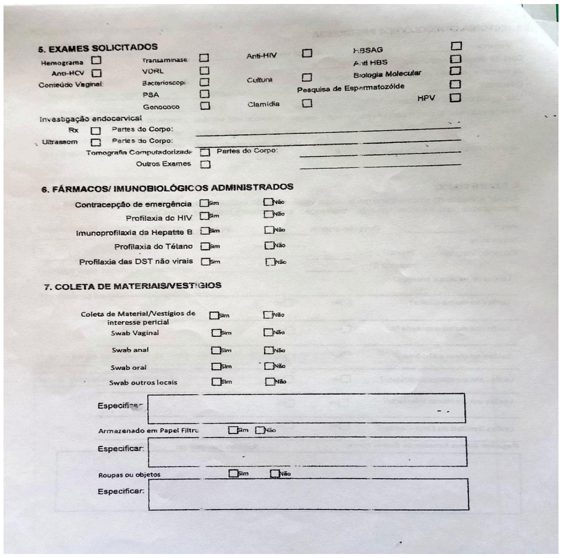
3. HISTÓRIA GINECOLÓGICA PREGRESSA

Menarca: Idade da Menarca:
Data da última menstruação:
Já manteve relações sexuais antes da violência?
Gestante? Período Gestacional?
Usa algum método contraceptivo? Qual?
Teve relação sexual com o parceiro consentido (marido, namorado etc) em data próxima da violência?
Data da última relação sexual consentida?
Hora da última relação sexual consentida?
Abortos? Partos Normais? Cesarianas?

4. EXAME FÍSICO

Anotar achados do exame físico geral, sinais vitais, situação vacinal. Descrever com detalhes as lesões encontradas (tipo, aspecto, tamanho, localização, etc). Utilizar o mapa de lesões (anexo)

Peso: Pressão arterial: Pulso:
Temperatura:
Situação vacinal: Tétano?
Hepatite B?
Lesões na cabeça e pescoço?
Lesões na mama direita? Sim Não
Lesões na mama esquerda? Sim Não
Lesões no tórax e abdômen? Sim Não
Lesões em membros superiores? Sim Não
Lesões em membros inferiores? Sim Não
Lesões Genitais ou Extra-Genitais Sim Não
Registrar Outros Achados do Exame Físico: Registro Fotográfico:



5. EXAMES SOLICITADOS

Hemograma ☐ Transaminase ☐ Anti-HIV ☐ HBSAG ☐
Anti-HCV ☐ VDRL ☐ Anti HBS ☐
Conteúdo Vaginal: Bacterioscopi ☐ Cultura ☐ Biologia Molecular ☐
PSA ☐ Pesquisa de Espermatozóide ☐
Gonococo ☐ Clamídia ☐ HPV ☐

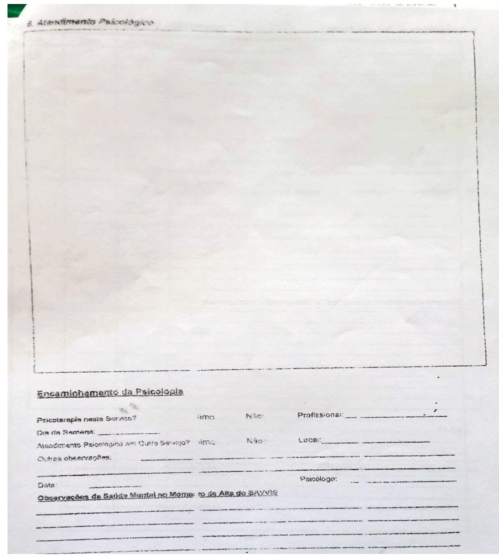
Investigação endocervical
Rx ☐ Partes do Corpo:
Ultrassom ☐ Partes do Corpo:
Tomografia Computadorizada ☐ Partes do Corpo:
Outros Exames ☐

6. FÁRMACOS/ IMUNOBIOLÓGICOS ADMINISTRADOS

Contracepção de emergência ☐Sim ☐Não
Profilaxia do HIV ☐Sim ☐Não
Imunoprofilaxia da Hepatite B ☐Sim ☐Não
Profilaxia do Tétano ☐Sim ☐Não
Profilaxia das DST não virais ☐Sim ☐Não

7. COLETA DE MATERIAIS/VESTÍGIOS

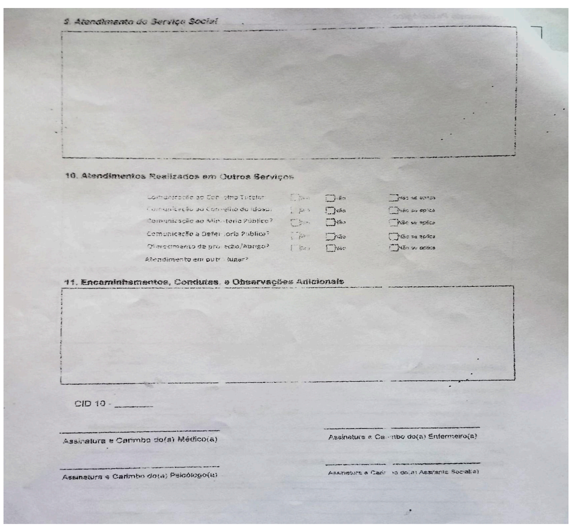
Coleta de Material/Vestígios de interesse pericial ☐Sim ☐Não
Swab Vaginal ☐Sim ☐Não
Swab anal ☐Sim ☐Não
Swab oral ☐Sim ☐Não
Swab outros locais ☐Sim ☐Não
Especificar:
Armazenado em Papel Filtro ☐Sim ☐Não
Especificar:
Roupas ou objetos ☐Sim ☐Não
Especificar:



8. Atendimento Psicológico

Encaminhamento da Psicologia

Psicoterapia neste Serviço? Sim Não Profissional:
Dia da Semana:
Atendimento Psicológico em Outro Serviço? Sim Não Local:
Outras observações:
Data: Psicólogo:
Observações da Saúde Mental no Momento da Alta do SAVVIS



9. Atendimento do Serviço Social

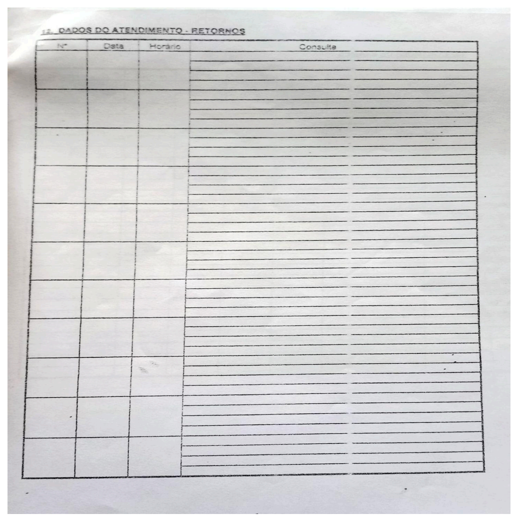
10. Atendimentos Realizados em Outros Serviços

Comunicação ao Conselho Tutelar ☐Sim ☐Não ☐Não se aplica
Comunicação ao Conselho do Idoso ☐Sim ☐Não ☐Não se aplica
Comunicação ao Ministério Público? ☐Sim ☐Não ☐Não se aplica
Comunicação à Defensoria Pública? ☐Sim ☐Não ☐Não se aplica
Encaminhamento de proteção/Abrigo? ☐Sim ☐Não ☐Não se aplica
Atendimento em outro lugar?

11. Encaminhamentos, Condutas, e Observações Adicionais

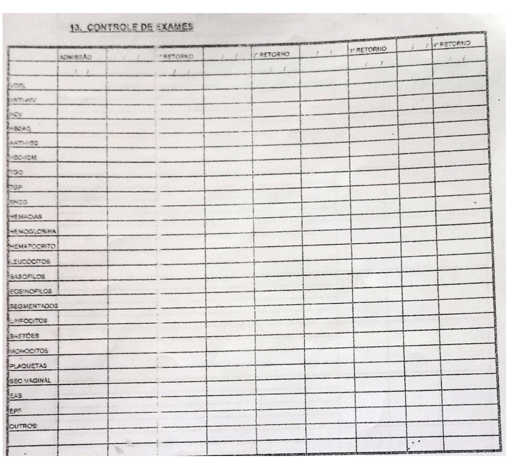
CID 10 - ______

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)
Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a)
Assinatura e Carimbo do(a) Psicólogo(a)
Assinatura e Carimbo do(a) Assistente Social(a)



12. DADOS DO ATENDIMENTO - RETORNOS

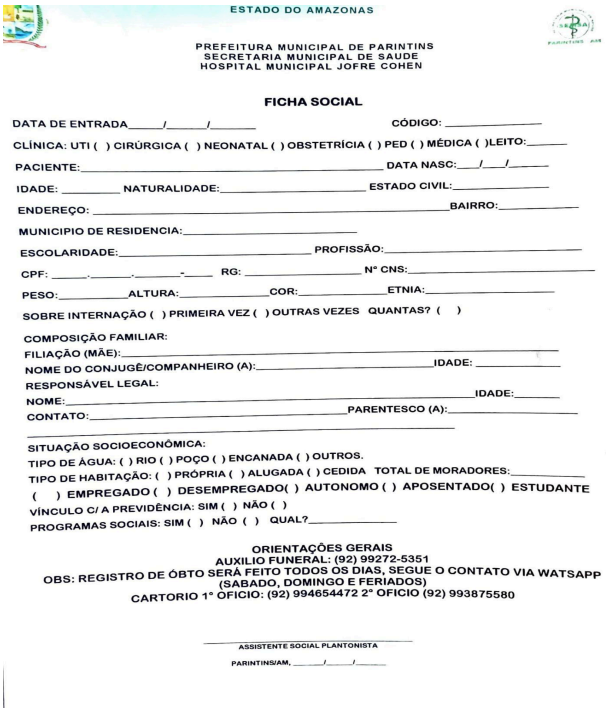
Nº	Data	Horário	Consulta



13. CONTROLE DE EXAMES

	ADMISSÃO	1º RETORNO	2º RETORNO	3º RETORNO	4º RETORNO
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VDRL					
ANTI-HIV					
HCV					
HBSAG					
ANTI-HBS					
HBC-IGM					
TGO					
TGP					
BHCG					
HEMACIAS					
HEMOGLOBINA					
HEMATOCRITO					
LEUCOCITOS					
BASOFILOS					
EOSINOFILOS					
SEGMENTADOS					
LINFOCITOS					
BASTÕES					
MONOCITOS					
PLAQUETAS					
SEC VAGINAL					
EAS					
EPF					
OUTROS:					

Anexo C - Ficha Social do Hospital Jofre Cohen



ESTADO DO AMAZONAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL MUNICIPAL JOFRE COHEN

FICHA SOCIAL

DATA DE ENTRADA_____/_____/_____ CÓDIGO: _____

CLÍNICA: UTI ( ) CIRÚRGICA ( ) NEONATAL ( ) OBSTETRÍCIA ( ) PED ( ) MÉDICA ( )LEITO:_____

PACIENTE:_____ DATA NASC:___/___/_____

IDADE: _____ NATURALIDADE:_____ ESTADO CIVIL:_____

ENDEREÇO: _____BAIRRO:_____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:_____

ESCOLARIDADE:_____ PROFISSÃO:_____

CPF: _____._____._____-____ RG: _____ Nº CNS:_____

PESO:_____ALTURA:_____COR:_____ETNIA:_____

SOBRE INTERNAÇÃO ( ) PRIMEIRA VEZ ( ) OUTRAS VEZES QUANTAS? ( )

COMPOSIÇÃO FAMILIAR:

FILIAÇÃO (MÃE):_____

NOME DO CONJUGÊ/COMPANHEIRO (A):_____IDADE: _____

RESPONSÁVEL LEGAL:

NOME:_____IDADE:_____

CONTATO:_____PARENTESCO (A):_____

_____

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

TIPO DE ÁGUA: ( ) RIO ( ) POÇO ( ) ENCANADA ( ) OUTROS.

TIPO DE HABITAÇÃO: ( ) PRÓPRIA ( ) ALUGADA ( ) CEDIDA TOTAL DE MORADORES:_____

( ) EMPREGADO ( ) DESEMPREGADO( ) AUTONOMO ( ) APOSENTADO( ) ESTUDANTE

VÍNCULO C/ A PREVIDÊNCIA: SIM ( ) NÃO ( )

PROGRAMAS SOCIAIS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL?_____

ORIENTAÇÕES GERAIS
AUXILIO FUNERAL: (92) 99272-5351
OBS: REGISTRO DE ÓBTO SERÁ FEITO TODOS OS DIAS, SEGUE O CONTATO VIA WATSAPP (SABADO, DOMINGO E FERIADOS)
CARTORIO 1° OFICIO: (92) 994654472 2° OFICIO (92) 993875580

_____
ASSISTENTE SOCIAL PLANTONISTA

PARINTINS/AM, _____/_____/_____