



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Clara Libertad Prates Affonso Leitao

## O Atendimento na atenção básica de mulheres em situação de violência

Florianópolis, Março de 2018



Clara Libertad Prates Affonso Leitao

## O Atendimento na atenção básica de mulheres em situação de violência

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Adriana Eich Kuhnen  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Clara Libertad Prates Affonso Leitao

## O Atendimento na atenção básica de mulheres em situação de violência

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Adriana Eich Kuhnen**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

**Introdução:** Brusque é um município brasileiro do estado de Santa Catarina. O bairro no qual trabalho é o Rio Branco, que foi colonizado, majoritariamente por imigrantes alemães que o denominaram de Grosser-Fluss, cujo significado na língua alemã é Grande Rio. **Objetivo:** O objetivo deste projeto de intervenção é promover por intermédio de formação profissional continuada a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio ao desenvolvimento de habilidades que tenham por garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada. **Metodologia:** Sensibilizar profissionais de diferentes setores para a magnitude da violência e seu atendimento necessário (estatísticas mundiais e nacionais sobre o tema). Desenvolver nos profissionais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que objetivem garantir a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou em risco de violência doméstica e sexual (formação). Desenvolver conhecimentos sobre a formação de redes integradas de atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual. Melhorar a qualidade do atendimento intersetorial. Implantar e implementar as notificações previstas em lei. Pactuar a elaboração ou a implementação de plano estadual ou municipal de atenção integral para mulheres, adolescentes e crianças em situação ou risco de violência doméstica e sexual. **Resultados Esperados:** Através deste projeto de intervenção espero promover intervenções de educação em saúde mental na comunidade além de avaliar os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no município de Brusque. Verificar se existe seguimento dos princípios da atenção primária como acesso, longitudinal, integralidade e coordenação, fazendo se necessário o enfrentamento da violência pautado em ações de cunho individual e coletivo, multiprofissionais, integral e intersetorial.

**Palavras-chave:** Assistência à Saúde Mental, Educação em Saúde, Violência



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos: . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	23



# 1 Introdução

Brusque é um município brasileiro do estado de Santa Catarina. Localiza-se a uma latitude 27°05'53" sul e a uma longitude 48°55'03" oeste, estando a uma altitude de 21 metros. Sua população recenseada em 2016 é de 125.810 habitantes considerando-se uma cidade média, sendo a 12ª maior cidade em população, maior número de carros por habitantes, 2º melhor cidade para se viver em Santa Catarina e 45º no Brasil. Possui uma área de 283,446 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017). O bairro no qual trabalho é o Rio Branco, que foi colonizado, majoritariamente por imigrantes alemães que o denominaram de Grosser-Fluss, cujo significado na língua alemã é Grande Rio. Este nome originou-se inspirado nas dimensões do Rio Itajaí- Mirim que delimita as terras do bairro. Os imigrantes alemães, que se estabeleceram no bairro, cultivavam a cana-de-açúcar, a fim de retirar o açúcar mascavo, e a cachaça. Produtos esses que posteriormente poderiam ser trocados ou vendidos nos postos de venda da Colônia. Além destes produtos, os imigrantes alemães tinham o hábito de cultivar verduras e legumes para o consumo doméstico. O Bairro Rio Branco é constituído de estabelecimentos industriais, comerciais, uma instituição escolar, instituições religiosas de variados credos e uma instituição esportiva, bem como se compõe de diversas moradias que tem seu número ampliado ano após ano. Destaca-se que desde 2004, formou-se um grupo de pessoas (voluntárias) empenhadas, juntamente com a Paróquia do bairro de Dom Joaquim para a construção de uma Igreja Católica no bairro Rio Branco, muitas promoções já se realizaram e a escola sedia o local para os eventos. Segundo as pessoas organizadoras desta iniciativa as em 2005 pretendem iniciar as obras. Os estabelecimentos industriais limitam-se ao ramo têxtil e destacam-se: tecelagens e confecções. Quanto aos estabelecimentos comerciais destacam-se: lojinhas, mercados, padaria, farmácia, academia e açougue. As instituições existentes são:

A Escola de Ensino Fundamental Rio Branco, que atende desde o jardim até a 8ª série;

A Congregação Universal do Brasil, popularmente conhecida como a Igreja dos Crentes;

Comunidade São José da Igreja Católica Apostólica Romana;

A Sociedade Esportiva Rio Branco, onde é o ponto de encontro dos moradores para as atividades de lazer. A comunidade do Bairro Rio Branco é heterogênea, pois se constitui de habitantes do próprio local, bem como moradores de outros estados do Brasil como: São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e principalmente do Paraná. Estes moradores em sua grande maioria trabalham nas indústrias do Bairro ou da cidade (centro). É um Bairro que continua com muitas áreas de vegetação preservada, e por isso torna-se uma região agradável de viver. Destaca-se do Bairro a rua principal que é asfaltada e vem sendo melhorada em termos de recuperação e construção de calçadas, para facilitar a circulação de pedestres e ciclistas, fazendo com que a via se torne mais segura. Isto

se faz necessário, pois o bairro recebe um trânsito bastante pesado que se compõem de caminhões, máquinas, automóveis, motos, bicicletas. No horário de entrada e saída dos funcionários das fábricas o movimento fica ainda mais intenso, aumentando os riscos de acidentes. Há duas faixas de pedestres, uma em frente a saída da escola, outra em frente a Tecelagem Atlântica, contudo nem sempre são respeitadas. A atividade

Dados populacionais • População total acompanhada atualmente pela sua Equipe de Saúde da Família 2751, Saúde materno-infantil • Número absoluto de óbitos em menores de 1 ano de idade em 2015, duas • Causas das mortes das crianças com menos de 1 ano de idade em 2015, DESNUTRICAÇÃO, PNEUMONIA • Proporção de crianças com até 1 ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês, 36 • Proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas durante o pré-natal em 2015, 70 • INCENTIVO DE AMAMENTAÇÃO, VACINAS EM DIA. Causas de morbidade hospitalar e mortalidade • As cinco principais causas de mortes dos residentes do seu bairro em 2015., SCA, ACIDENTE DE TRANSPORTO, AVE, CA, DPOC • As cinco principais causas de internações dos idosos residentes do seu bairro em 2015, como PNEUMONIA, DPOC, SCA, AVE, CA Além das doenças e agravos descritos acima, há outros que se destacam . ACIDENTE DE TRABALHO Diário Planejamento

LISTA DE PROBLEMAS (por ordem de prioridade): Aumento da morbimortalidade por: A - Aumento por doenças sexualmente transmissíveis, álcool, violência, depressão. B - Longas jornadas de trabalho no ramo têxtil. PROBLEMA: Aumento das doenças sexualmente transmissíveis, álcool, violência e depressão. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA 1: Pelas características socioculturais da população, poucas possibilidades de emprego aumentam as práticas das atividades antes mencionadas CAUSAS DO PROBLEMA 1: baixo índice de escolaridade e poucas possibilidades de emprego. CONSEQUÊNCIAS DO PROBLEMA 1: Aumento nas doenças sexualmente transmissíveis, álcool, violência e depressão. PROBLEMA

Atenção integral à mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Com base nesse tema específico, tenho como objetivo organizar redes integradas de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, articulando ações de prevenção às DST/aids e às hepatites, promovendo a não-repetição desses casos.

Sensibilizar profissionais de diferentes setores para a magnitude da violência e seu atendimento necessário (estatísticas mundiais e nacionais sobre o tema).

Desenvolver nos profissionais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que objetivem garantir a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou em risco de violência doméstica e sexual (formação).

Desenvolver conhecimentos sobre a formação de redes integradas de atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual.

Melhorar a qualidade do atendimento intersetorial.

Implantar e implementar as notificações previstas em lei.

Pactuar a elaboração ou a implementação de plano estadual ou municipal de atenção integral para mulheres, adolescentes e crianças em situação ou risco de violência doméstica e sexual.

A violência contra as mulheres – seja ela física, psicológica, sexual ou de outra ordem – constitui um grande risco para a saúde de pessoas do sexo feminino. Esse trabalho é muito importante para mim porque apesar do grave impacto da violência à saúde física e mental de mulheres, crianças e adolescentes, ainda há resistência e necessidade de maior preparo das diversas categorias profissionais para abordar situações de violência de gênero e em lidar com as pessoas vitimizadas no âmbito do sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem necessidade de avançar no que se refere à premissa da proteção dos direitos humanos e da cidadania de pessoas que sofreram ou sofrem violências.

Ao enfocarmos questões complexas, como a violência doméstica e a violência sexual, apontamos também para a necessidade de ampliar a percepção dos profissionais para uma mudança histórica de pensamento, paradigmas, além da criação de condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir, no sentido de garantir escuta e atenção qualificada para pessoas em situação de violência.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Promover por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio ao desenvolvimento de habilidades que tenham por garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada.

### 2.2 Objetivos específicos:

1. Sensibilizar profissionais de diferentes setores para a magnitude da violência e seu atendimento necessário (estatísticas mundiais e nacionais sobre o tema).
2. Desenvolver nos profissionais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que objetivem garantir a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou em risco de violência doméstica e sexual (formação).
3. Desenvolver conhecimentos sobre a formação de redes integradas de atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual.
4. Melhorar a qualidade do atendimento intersetorial. Implantar e implementar as notificações previstas em lei.
5. Pactuar a elaboração ou a implementação de plano estadual ou municipal de atenção integral para mulheres, adolescentes e crianças em situação ou risco de violência doméstica e sexual.



### 3 Revisão da Literatura

A violência sexual, cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indelévels para quem a sofre. Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas, independente de classe social, raça-etnia ou religião, guarda proporções pandêmicas e características universais. A Organização Mundial da Saúde define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (SAÚDE, 2017). A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – ONU) considera como violência contra a mulher “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada”. Essas premissas são partes integrantes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Causas Externas (SAÚDE, 2010a) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (SAÚDE, 2010b). Para acessar a complexidade desta violência, é preciso desvendar suas estruturas e seus mecanismos a partir da perspectiva de gênero. Nesse sentido, entenda-se gênero como uma construção histórica e sociocultural que atribui papéis rígidos de função e comportamento aos sexos - por exemplo, às mulheres: o feminino e, diretamente ligado a esse, a passividade, a fragilidade, a emoção, a submissão; aos homens: o masculino, a atividade, a força, a racionalidade, a dominação -, como se fossem atributos naturais ou biológicos. A dimensão de gênero torna-se ainda mais importante para entender que a violência sexual não se restringe unicamente às mulheres e aos adolescentes (SAÚDE, 2007). É, antes, um impulso agressivo fundamentado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente (ROSAS, 2002). A violência sexual não somente é reveladora da desigualdade de gênero, mas também é emblemática desta. Por essa razão, já não se pode compreendê-la de forma individualizada e descontextualizada. Há uma estrutura comum, um arcabouço de status – que cria relações de poder assimétricas e hierarquicamente ordenadas - também conhecido como patriarcado. Este engendra uma verticalização dos gêneros não apenas real, ao atuar como um paradigma da força bruta, mas simbolicamente, nas representações sociais. Ao fazê-lo, provoca uma banalização e uma subordinação em massa que colocou e ainda coloca muitas mulheres em situação de sujeição e subserviência (MARISCAL, 2010). A ordem patriarcal é de tal sorte violenta, que inverte responsabilizações e desloca, na maioria das vezes, sensações de culpa e medo para as próprias mulheres, fazendo com que se sintam humilhadas, envergonhadas e desonradas às vistas da sociedade e, muitas vezes, diante

da própria família, multiplicando o trauma sofrido. Produz-se, assim, um dos lados mais perversos da violência de gênero, pois é justamente essa “mácula” que provoca o silenciamento e a dificuldade de exporem a situação aos(as) profissionais de saúde. É de suma importância a compreensão – em especial, pelos(as) profissionais de saúde – de que as agressões ou os abusos sexuais geralmente vêm acompanhados por chantagens e ameaças que atemorizam, humilham, intimidam quem os sofre ou sofreu. Não é mera casualidade que 70% das três bilhões de pessoas vivendo em extrema pobreza no mundo sejam mulheres – o que se tem chamado de processo de feminização da pobreza ou que a cada 15 segundos uma mulher seja espancada no Brasil (SCARPATO, 2004) ; ou que uma a cada três mulheres no mundo tenham sido espancadas ou violentadas sexualmente<sup>4</sup> ; ou que de 500 mil a dois milhões de pessoas, em sua grande maioria mulheres, sejam traficadas por ano, gerando um lucro de US\$ 7 a 12 bilhões – em outras palavras, a “venda” de mulheres é um dos “negócios” mais rentáveis do mundo, explicitando a objetualização e comercialização das mulheres; dentre outros. O Relatório de Saúde e Violência da OMS (2002) também reconhece que as noções de honra masculina e castidade feminina colocam as mulheres em situações de risco (RONDON, 2009). Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Embora estatísticas ainda sejam parcas no tocante à extensão da violência sexual, sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intrafamiliares - como o incesto e o estupro, em especial, e o sexo forçado perpetrado por parceiros íntimos (SAÚDE, 2007). A violência sexual repercute na saúde física - desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático –, e na saúde mental da pessoa – quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravamento dessa violência (SAÚDE, 2010a). A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das pessoas, principalmente mulheres em situação de violência, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão. Esta ocasião é fundamental para a identificação da violência sexual e exige atenção máxima por parte dos(as) profissionais de saúde. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual é baseada na organização dos serviços de saúde e nos níveis de complexidade e especialidade da atenção para a prevenção e o tratamento de agravos. Nesse contexto, a nova edição desta Norma Técnica vem atender tanto aos anseios dos(as) profissionais de saúde como da sociedade em geral pela revisão de condutas e indicações, em consonância com a legislação, (SAÚDE, 2010b) O Ministério da Saúde (SAÚDE, 2010b) reconhece a violência sexual como questão de saúde pública e aponta que uma em cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero com perda de um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco anos. No Brasil, 70% dos crimes

---

contra a mulher acontecem no ambiente doméstico e são praticados, na sua maioria, pelos parceiros íntimos. Contudo, a violência contra a mulher não se limita à esfera privada ou familiar e mostra características de um problema social. A violência contra a mulher é um fenômeno pouco visível na sociedade, apesar de ser freqüente e ter conseqüências graves para a saúde física e mental da mulher e de seus filhos. Essa invisibilidade se deve principalmente ao fato de a violência ocorrer no ambiente doméstico e ser perpetrada, em geral, por alguém do convívio da vítima. As adolescentes e jovens, além de serem mulheres, estão sujeitas a maior risco devido à imaturidade biopsicossocial, à dependência econômica e à falta de garantia de direitos (SAÚDE, 2007) (SCARPATO, 2004). A maioria das adolescentes não procura os serviços de saúde quando sofrem violência, pois em geral não percebem que estão sendo violentadas e nem que isso tem relação com a sua saúde ou o seu bem-estar. A violência pode se apresentar de diversas formas, como, por exemplo, as mulheres serem forçadas por seus parceiros a manter relações sexuais contra a vontade ou sem preservativo; serem submetidas a maus-tratos ou negligência da família, agressões físicas ou psicológicas; serem obrigadas a trabalhar para comer e abandonar a escola por isso. Outros exemplos são os casos de exploração em trabalho doméstico; exploração sexual comercial; agressões, abusos e violência institucional, representados por maus-tratos perpetrados por profissionais de saúde e educação, pela falta de acesso a serviços de contracepção, inclusive de emergência, falta de pré-natal e de analgesia no parto (HABIGZANG, 2008) (RONDON, 2009). O serviço de saúde é um local privilegiado para identificar a violência vivenciada e prevenir os desfechos mais letais. Políticas públicas precisam ser implementadas no sentido de buscar a sua eliminação. Os esforços empreendidos pelos movimentos de mulheres nos últimos 30 anos deram visibilidade à violência contra a mulher ao mostrar que o privado é político, e que, sendo político, deve ser objeto de políticas públicas (FEBRASGO, 2002)(ROSAS, 2002). Para o enfrentamento dessas questões são necessárias políticas públicas intersetoriais que permitam atuação de forma contextualizada, a fim de combater o problema em suas múltiplas determinações. É por meio das políticas que se possibilita a implementação dos direitos previstos no ordenamento jurídico do país. Elas dependem da vontade política dos governantes, que se traduz nos recursos a elas destinados no orçamento público (SAÚDE, 2017).



## 4 Metodologia

Este projeto de intervenção tem como objetivo promover por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio ao desenvolvimento de habilidades que tenham por garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada.

**As estratégias e ações serão as seguintes:**

**Estratégia 1-** Sensibilizar profissionais de diferentes setores para a magnitude da violência e seu atendimento necessário (estatísticas mundiais e nacionais sobre o tema).

**Ações:**

- Realizar rodas de conversa com profissionais de diferentes setores da Unidade básica afim de identifica seus conhecimentos em relação aos atendimentos necessários em caso de violência

- Construir com a equipe de saúde estratégias e protocolos operacionais para atuação em violência na comunidade

**Responsável:** Médica da unidade de saúde

**Quando:** De março a junho de 2018

**Estratégia 2-** Desenvolver nos profissionais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que objetivem garantir a atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou em risco de violência doméstica e sexual (formação).

**Ações:**

- Trazer materiais bibliográficos para discussão com a equipe de saúde.
- Produzir material informativo juntamente com a equipe sobre violência.

**Responsável:** Médica da Unidade de Saúde e equipe de saúde (todos os profissionais)

**Quando:** De março a Junho de 2017

**Estratégia 3-** Melhorar a qualidade do atendimento intersetorial. Implantar e implementar as notificações previstas em lei e pactuar a elaboração ou a implementação de plano estadual ou municipal de atenção integral para mulheres, adolescentes e crianças em situação ou risco de violência doméstica e sexual.

**Ações:**

- Desenvolver protocolos de notificação de casos de violência, ou risco de violência doméstica e sexual.

- Treinar a equipe para realizar as notificações

- Notificar todos os casos de violência ocorridos na comunidade

- Acompanhar os casos de violência na comunidade conforme lei.

**Responsável:** Médica da Unidade de Saúde

**Quando:** de março à agosto de 2017 (contínuo)



## 5 Resultados Esperados

Através deste projeto de intervenção espero promover intervenções de educação em saúde mental na comunidade além de avaliar os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no município de Brusque. Verificar se existe seguimento dos princípios da atenção primária como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, fazendo se necessário o enfrentamento da violência pautado em ações de cunho individual e coletivo, multiprofissionais, integral e intersetorial.



## Referências

- FEBRASGO, F. B. das Associações de Ginecologia e O. *Manual de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei*. Brasília: Febrasgo, 2002. Citado na página 17.
- HABIGZANG, L. F. Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, p. 338–345, 2008. Citado na página 17.
- MARISCAL, J. *Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres*. Lima - Peru: Comité de Derechos sexuales y Reproductivos / Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecologia/Flasog, 2010. Citado na página 15.
- RONDON, M. B. Resultado de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido. *Centro de Promoción y Defensa de los derechos Sexuales y Reproductivo*, p. 1–15, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- ROSAS, C. *Ética em Ginecologia e Obstetricia*. *Cadernos Cremesp*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Lei nº 12.015, de 7 agos. de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII*. 2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm)>. Acesso em: 13 Set. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- SAÚDE, S. M. de. *Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra a Mulher*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- SCARPATO, A. T. Estresse pós traumático: A situação emocional de pessoas vítimas de violência. *Revista Psicologia Brasil*, n. 6, p. 10–14, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.