



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

LILIANE MASCARENHAS SILVEIRA

A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO: COM A FALA, GESTORES E TRABALHADORES DA SAÚDE

SALVADOR

2024

LILIANE MASCARENHAS SILVEIRA

A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO: COM A FALA, GESTORES E TRABALHADORES DA SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Salvador

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Professor Edivaldo Machado Boaventura – UNEB – Campus I

Bibliotecária: Patricia Morena Batista da Silva - CRB-5/1662

S587m Silveira, Liliane Mascarenhas

A mulher em situação de violência sexual em um município do nordeste brasileiro: com fala, gestores e trabalhadores da saúde / Liliane Mascarenhas Silveira. – Salvador, 2024.

100 f.: il.

Orientador: Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO, Campus I. 2024.

Contém referências e anexos.

LILIANE MASCARENHAS SILVEIRA

A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO: COM A FALA, GESTORES E TRABALHADORES DA SAÚDE

Esta dissertação de mestrado profissional foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na data de 23 de setembro de 2024, atendendo às normas da legislação vigente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – MEPISCO do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA

Data: 21/03/2025 10:38:16-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Doutora Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Orientadora

(MEPISCO/UNEB)

Professora Doutora Nardilene Pereira Gomes

(EEUFBA/UFBA)

Documento assinado digitalmente



THAIS REGIS ARANHA ROSSI

Data: 19/03/2025 12:15:20-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Doutora Thaís Aranha

(MEPISCO/UNEB)

Salvador, 2024.

Dedico esta conquista à minha Família.
Em especial, ao meu pai (*in memoriam*), meu
grande Mestre!

AGRADECIMENTOS

Todo caminho a ser percorrido necessita de um primeiro passo, e foi exatamente isso que ocorreu em março de 2022, quando decidi voltar à Academia para uma nova caminhada repleta de expectativas no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO), oferecido pelo Departamento de Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia – UNEB.

Sentia-me realizada e contente pela nova conquista de ingressar no MEPISCO, ansiosa para descobrir como seria esse percurso de aprendizado e desenvolvimento. Ao mesmo tempo, estava impaciente para explorar e entender a fundo todas as informações, teorias e responsabilidades que me aguardavam como discente. Ao longo desse caminho, passei por fases que me permitiram refletir com mais clareza sobre cada situação, visando sempre ao meu aprimoramento pessoal e profissional.

Finalizo esta fase me sentindo muito mais fortalecida devido à profundidade dos conhecimentos adquiridos, às ricas trocas de experiências e à chance de expandir e aprofundar saberes variados com docentes renomados e discentes dedicados do MEPISCO.

Dessa forma, inicio minha gratidão àquele que me renova espiritualmente a cada dia: Deus. Ele me concedeu força, coragem, saúde, perseverança e determinação ao longo dessa caminhada.

Agradeço à minha família: meu marido Flávio; meus filhos Flávia e Gabriel; e minha Pet Gaya, que estiveram ao meu lado durante toda essa trajetória, dia após dia, com paciência, amor, compreensão, cuidado e respeito, especialmente nos meus momentos de silêncio e ausência. Obrigada, amo vocês!

Expresso minha gratidão ao meu pai Clóvis (*in memoriam*), que sempre nos estimulou a buscar o conhecimento – e foi um grande exemplo. Tenho certeza de que você esteve presente espiritualmente comigo durante essa caminhada. À minha mãe Adymaia: sei que senti minha ausência, mas certamente compreendeu e torceu por essa conquista. À minha irmã Rita de Cássia, que nos bastidores deu apoio e incentivo necessários.

Não posso deixar de agradecer a Arinalva (Nalva) – obrigada por zelo e cuidado durante essa jornada e sempre.

À minha amiga Renata Mathias (Renatinha): sem a sua colaboração, incentivo e força, eu não conseguiria fazer a coleta em campo com tanto primor e maestria. Sou imensamente grata pelo seu apoio, disponibilidade e paciência. Foram momentos desafiadores, mas de muito aprendizado.

Aos meus colegas do MEPISCO, especialmente Franciane, Mabel, Mariana, Marina e Selma. Aprendemos juntas, fortalecemo-nos, construímos amizade; e nos momentos de angústia e medo, estávamos sempre juntas.

Aos professores do MEPISCO, gratidão pelo aprendizado e pela troca de experiência, vocês são referências de conhecimento, profissionalismo ético e humano.

À equipe da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), em especial, Clarissa Campos (Clari) e Maria Elisabete Pinto (Bete): o meu muitíssimo obrigada pelo suporte, incentivo, compreensão, complacência, por meus momentos de ausências, ansiedade e estresses durante esse período.

Obrigada às Professoras da Banca, Dr.^a Thaís Aranha (MEPISCO/UNEB) e Dr.^a Nardilene Pereira Gomes (EEUFBA/UFBA), pelas contribuições no meu processo de aprendizagem.

À Prof.^a Dr.^a Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, minha orientadora, grande amiga, obrigada pelo seu apoio, sua condução no processo de construção de minha pesquisa e da minha tese de mestrado. Aprendi muito! Você foi extremamente importante durante toda a minha caminhada.

Enfim, o meu muito obrigada a todos(as) que estiveram presentes nas diversas formas e momentos na minha vida durante esses dois anos e meio!

RESUMO

A magnitude e a complexidade do fenômeno da violência sexual, do perfil das mulheres violentadas e das consequências na vida dessas mulheres exigem do Estado políticas públicas integradas e sistêmicas para o enfrentamento desse problema social e de saúde com vistas a fomentar a organização da atenção integral, humanizada e intersetorial com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação. Assim, este estudo analisou a atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual a partir da percepção dos profissionais e gestores em um município da região Nordeste, buscando identificar as dificuldades e as facilidades na atenção às vítimas, bem como identificar na literatura as competências necessárias da equipe multiprofissional na assistência prestada a mulheres vítimas de violência sexual. A pesquisa teve como resultado, dois artigos e um produto técnico. O primeiro, do tipo revisão integrativa, sistematizou pesquisas que abordassem as competências necessárias para que profissionais de saúde prestem uma assistência qualificada e resolutiva às mulheres vítimas de violência sexual. O outro artigo apresenta os resultados da pesquisa de campo, estudo descritivo de natureza qualitativa. Para produção de dados, adotou-se fonte primária mediante a realização de 14 entrevistas semiestruturadas com membros da equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde e com profissionais da rede que atendem mulheres vítimas de violência sexual (Unidade de Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento e unidade especializada). Para sistematização dos dados, utilizou-se o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire – IRaMuTeQ, que agrupou o *corpus* em quatro classes, as quais deram origem às categorias analíticas, a saber: Conceito de violência e o perfil das vítimas; Integração entre os serviços; Organização da atenção; e Acolhimento pela equipe de saúde. Os achados reafirmam a percepção dos profissionais e gestores quanto às dificuldades na atenção às mulheres vítimas de violência sexual, uma vez que se faz essencial o desenvolvimento das competências e habilidades necessárias para viabilizar cuidado integral e intersetorial. A partir dos resultados, elaborou-se o produto técnico que tem como propósito orientação à equipe multidisciplinar na atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual.

Palavras-chave: violência contra a mulher; violência sexual; assistência de saúde.

ABSTRACT

The magnitude and complexity of the phenomenon of sexual violence, the profile of women who have been abused, and the consequences for their lives require integrated and systemic public policies from the State to tackle this social and health problem, to encourage the organization of comprehensive, humanized and intersectoral care with actions to promote, prevent, protect and rehabilitate. Thus, this study analyzed the health care of women victims of sexual violence from the perspective of professionals and managers in a municipality in the Northeast region of Brazil, seeking to identify the difficulties and facilities in the care of victims, as well as identifying in the literature the necessary competencies of the multi-professional team in the care provided to women victims of sexual violence. The research resulted in two articles and a technical product. The first is an integrative review, systematized research on the competencies needed by health professionals to provide qualified and resolute care to women victims of sexual violence. The other article presents the results of field research, a descriptive study of a qualitative nature. The primary source of the data was 14 semi-structured interviews with members of the management team of the Municipal Health Department and with professionals from the network that treats women victims of sexual violence (Family Health Unit, Emergency Care Unit, and specialized unit). To systematize the data, we used the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire – IRaMuTeQ, which grouped the corpus into four classes, which gave rise to the analytical categories, namely: Concept of violence and the profile of victims; Integration between services; Organization of care; and Reception by the healthcare team. The findings reaffirm the perception of professionals and managers regarding the difficulties in caring for women victims of sexual violence since it is essential to develop the skills and abilities needed to enable comprehensive and intersectoral care. Based on the results, a technical product was produced to guide the multidisciplinary team in the health care of women victims of sexual violence.

Keywords: violence against women; sexual violence; health care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos | 33 |
| Figura 2 – Dendrograma Horizontal da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do <i>corpus</i> textual obtidos na análise do <i>software</i> IRaMuTeQ..... | 55 |
| Figura 3 – Dendrograma das palavras na forma ativa da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do <i>corpus</i> textual obtidos na análise do <i>software</i> IRaMuTeQ | 56 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Legislações e normativas..... | 25 |
| Quadro 2 – Classificação dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual quanto aos critérios | 26 |
| Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos da RI, segundo o ano de publicação, país e autores da amostra (n = 23) | 34 |
| Quadro 4 – Caracterização dos estudos da RI quanto ao título e objetivo da amostra (n = 23) | 35 |
| Quadro 5 – Descrição metodológica segundo tipo de estudo, amostra e instrumento de coleta (n = 23) | 37 |
| Quadro 6 – Identificação das competências nos resultados dos estudos com base nos componentes (n = 23) | 39 |
| Quadro 7 – Perfil dos participantes da pesquisa..... | 54 |
| Quadro 8 – Planejamento da oficina..... | 72 |
| Quadro 9 – Competências e problemas | 73 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CHA | Conhecimentos, Habilidades e Atitudes |
| CHD | Classificação Hierárquica Descendente |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IRaMuTeQ | Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval System Online |
| MEPISCO | Mestrado Profissional em Saúde Coletiva |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PEC | Prontuário Eletrônico do Cidadão |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RI | Revisão Integrativa |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| ST | Segmento de texto |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNEB | Universidade Estadual da Bahia |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 19 |
| 2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER | 19 |
| 2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL..... | 24 |
| 3 RESULTADOS | 29 |
| 3.1 ARTIGO 1 | 29 |
| 3.2 ARTIGO 2 | 47 |
| 3.3 PRODUTO TÉCNICO | 70 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 77 |
| REFERÊNCIAS | 78 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... | 86 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 89 |
| ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL | 91 |
| ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA | 92 |

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação tem como objeto de estudo a atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual. Nesse sentido, buscou identificar as facilidades e as dificuldades na implementação do cuidado integral a essas vítimas, a partir da percepção e do olhar dos profissionais e gestores, e as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das competências necessárias que os profissionais de saúde precisam desenvolver para atender mulheres vítimas de violência. Para tal, foi realizada pesquisa de campo em um município da região Nordeste. Como resultados, têm-se uma Revisão Integrativa (RI) de literatura sobre as competências necessárias, um artigo que apresenta os resultados da pesquisa de campo e um produto técnico.

O interesse pela temática decorre da minha atuação enquanto integrante da equipe diretiva da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em cujo processo de trabalho percebo a fragilidade no cuidado desde a atenção primária até a especializada, implicando peregrinação das mulheres e intervenções tardias, subnotificação dos casos, ausência de fluxos estabelecidos e fragilidade nos processos de articulação, comunicação intra e intersetorial e com a sociedade, ausência de processos contínuos de educação permanente para os profissionais e gestores, e invisibilidade na temática no campo da saúde.

Diante disso, além da Introdução, em que apresento o objeto de estudo deste trabalho, a justificativa contextualizando a importância e a relevância, a pergunta de investigação e os objetivos que nortearam a pesquisa, esta dissertação foi estruturada em mais três capítulos.

No segundo capítulo, contextualizo o tema da violência sexual na sua multidimensionalidade, abordando a questão de gênero, os caminhos históricos das políticas públicas nesse âmbito e a atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual.

No terceiro capítulo, apresento os resultados da dissertação: dois artigos, RI e estudo qualitativo, e um produto técnico.

Por fim, no capítulo das Considerações finais, encerro o estudo com os achados, as reflexões, os limites e as lacunas da investigação.

A partir desse aprofundamento, espera-se contribuir para a qualificação da atenção às mulheres vítimas de violência sexual e para a superação da violação dos direitos humanos.

Esta pesquisa foi desenvolvida por meio do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO), ofertado pelo Departamento de Ciências da Vida (DCV), *Campus* I da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em Salvador, na linha de Pesquisa “Gestão do trabalho, Políticas e formação na saúde”.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo, multifatorial, histórico e de alta prevalência no Brasil e no mundo, a qual afeta a vida das pessoas de todas as classes sociais, grupos étnicos e ciclos de vida e gênero (Leite *et al.*, 2021).

No tocante à violência contra a mulher, esta se trata de uma manifestação perversa da desigualdade de gênero, configurando-se como um dos mais graves problemas de saúde pública por ser uma das principais causas de morbimortalidade feminina, pelos custos socioeconômicos e prejuízos na saúde da mulher e de sua família, e pela violação dos direitos humanos e impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) (Conceição; Madeiro, 2022; Leite *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 35% das mulheres no mundo sofrem algum tipo de violência por seu parceiro ou ex-parceiro, familiar ou conhecido durante a vida, principalmente no ambiente doméstico, que deveria ser um local de proteção, segurança e acolhimento (Batista; Schraiber; d'Oliveira; 2018).

Muitas dessas vítimas não prestam queixa por medo e dependência financeira do agressor, receio de sofrer julgamentos da sociedade, não buscam apoio na rede, entre outras razões; ou se o fazem, são ameaçadas pelo agressor, permanecendo no silêncio do ambiente familiar (Conceição; Madeiro, 2022).

Esse cenário mostra a invisibilidade dos casos de violência contra a mulher, uma vez que não são registrados em boletim de ocorrência ou notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No Brasil, a violência contra a mulher passa a ter maior visibilidade após a aprovação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, intitulada como a Lei “Maria da Penha”, que este ano completou 18 anos de promulgação. Essa legislação configura-se em um marco legal que tem a finalidade de coibir a violência, sendo instrumento de intervenção e implementação de políticas públicas no enfrentamento desse problema em consonância com as legislações internacionais (Brasil, 2006b). Nesse contexto, Lei Maria da Penha define as formas de violência como física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021; Conceição; Madeiro, 2022).

Dentre os tipos de violência, destaca-se a violência sexual, que é a mais invisível, sendo então a violação dos direitos humanos mais praticada e menos reconhecida em todo mundo. Esta é definida como qualquer ato por meio da tentativa ou execução de um ato sexual forçado, sem consentimento da vítima; de importunações sexual indesejáveis; do uso da coerção para

obter vantagens sexuais e do assédio sexual, em qualquer ambiente, doméstico e de trabalho (Jesus *et al.*, 2022; Viana *et al.*, 2021).

O enfrentamento da violência sexual e o cuidado das vítimas requerem uma equipe multidisciplinar qualificada devido à complexidade biopsicossocial dos casos; articulação intra e intersetorial; organização e ampliação da oferta de serviços na perspectiva de evitar longas peregrinações, estigmas e preconceitos e ações na busca da integralidade do cuidado e acolhimento humanizado (Branco *et al.*, 2020; Prado; Santos, 2018; Trentin *et al.*, 2019).

A violência sexual traz consequências na saúde das mulheres, como infecções do trato reprodutivo e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), distúrbios ginecológicos e sexuais, depressão, pânico, ideação suicida, abuso de substâncias psicoativas, gravidez, entre outras, comprometendo a qualidade da vida dessas e de suas famílias (Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021; Trentin *et al.*, 2019).

De acordo com a Lei Maria da Penha, a violência sexual é

[...] entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2006b).

No Brasil, a violência sexual vem apresentando crescimento exponencial, principalmente com relação às pessoas do sexo feminino e negras (pretas e pardas). Os dados de 2022 consolidados no Anuário de Segurança Pública mostraram que 88,7% dos casos de violência sexual foram com pessoas do sexo feminino, e destas, 56,8% eram pretas ou pardas (Brasil, 2023).

O Sinan do Ministério da Saúde (MS) registrou um total de 389.171 pessoas vítimas de violência sexual no ano 2022, sendo 71,5% das vítimas do sexo feminino e na faixa etária de 15 a 60 anos ou mais de idade (Brasil, 2023).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, em parceria com o MS e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sobre a violência em pessoas com idade igual ou maior de 18 anos domiciliadas nas Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas, Capitais e municípios mostrou número significativo de casos de violências na população dessa faixa etária na região Nordeste (IBGE, 2020; Pinto; Silva, 2022).

Com relação à violência sexual na população de adultos maiores de 18 anos no Brasil, os dados da PNS revelaram que as mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, pretas/pardas ou indígenas, solteiras, com educação formal incompleta e que ganham até meio salário mínimo apresentam uma prevalência mais elevada (IBGE, 2020; Pinto; Silva, 2022).

Na Bahia, no período de 2019 a 2024, foram notificados 4.507 de casos de violência sexual, sendo que 96% (4.346) deles eram contra mulheres na faixa etária de 18 a 60 anos ou mais de idade; dentre estas, 82% (3.560) pretas e pardas. O estupro foi o tipo de violência sexual mais registrado, com 77% (3.335); quanto à ocorrência e ao agressor, predominara na residência (63%) e o sexo masculino (95%) respectivamente (Brasil, 2024).

A relevância dos dados sobre a violência sexual se dá pela alta prevalência de casos. Isso demonstra a necessidade de intervenções para o enfrentamento do problema de forma a viabilizar atenção e cuidado integral e intersetorial às vítimas e suas famílias, por meio de uma abordagem multidisciplinar que deve ser compreendida não como diagnóstico para a intervenção imediata, mas como uma prática que identifica as contradições sociais e conduz a ação mediante decisões compartilhadas (Lozano *et al.*, 2021; Terra; Lima, 2023).

Assim, a violência sexual contra a mulher é um grande desafio no campo da saúde por se tratar de um fenômeno multidimensional e complexo que traz desfechos que comprometem a saúde individual e coletiva. Além disso, ela precisa de articulação intersetorial para responder às necessidades dos efeitos da violência (Lozano *et al.*, 2021).

Para o enfrentamento desse problema de saúde pública, o MS, em 2004, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), inserindo a abordagem de gênero e de cuidados às vítimas de violência sexual no SUS por meio de normativas. Estas orientam e estabelecem as diretrizes quanto aos procedimentos para atendimento às vítimas; ao credenciamento e à habilitação de serviços ambulatorial, hospitalar e para realização de procedimentos de coleta de vestígio e guarda de material para perícia e produção de provas por médicos assistentes para atendimento às vítimas; ao acesso à contracepção de emergência, na prevenção de IST e a interrupção da gravidez prevista em lei; à notificação compulsória da violência doméstica e sexual no Sinan (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022).

Estudos apontam que a exposição a esse agravo tem levado as mulheres vítimas de violência sexual a buscar, geralmente, os serviços de saúde por serem espaços privilegiados para atender suas necessidades imediatas, além de promoverem acolhimento humanizado, tratamento e intervenções em tempo oportuno, conforme os protocolos ministeriais, e referenciando para outros serviços quando necessário (Conceição; Madeiro 2022; Jesus *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2021; Trentin *et al.*, 2019).

Diante dessa realidade, os profissionais de saúde precisam estar aptos para uma assistência humanizada, por meio de acolhimento respeitoso e escuta qualificada, viabilizando a construção de vínculos, a identificação de possíveis riscos e agravos à saúde e à integridade da mulher, o acompanhamento longitudinal e a articulação com outros serviços para atender às necessidades e à garantia dos direitos destas (Conceição; Madeiro 2022; Jesus *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2021; Trentin *et al.*, 2019).

Também é importante que haja estratégias de intervenção para implementação de políticas públicas integradas e sistêmicas para o enfrentamento desse problema social e de saúde de forma a assegurar a ampliação e a organização da oferta de serviços, bem como a construção de alianças para efetivação de ações, evitando longas peregrinações, estigmas e preconceitos, mediante ações intersetoriais (Conceição; Madeiro, 2022; Prado; Santos, 2018; Ribeiro e Schuelter-Trevisol, 2021; Trentin *et al.*, 2019; Viana *et.al*, 2021).

Apesar dos avanços e das conquistas dos movimentos feministas e do arcabouço das legislações relacionadas com a questão da violência sexual contra a mulher, ainda se observam invisibilidade, dificuldades e interferências na atenção e no cuidado, reforçando a necessidade da busca de estratégias, implementação de ações, articulações dos pontos de atenção para fluxo adequado com encaminhamentos mais seguros e resolutivos e qualificação dos profissionais.

Posto isso, é necessário entender como os gestores e os profissionais da saúde compreendem, pensam e atuam no enfrentamento da violência sexual no tocante ao cuidado às vítimas e suas famílias; na integração da atenção no território; na articulação entre diferentes setores que se complementam e dispõem de atores sociais com saberes, poderes e vontades diversificados; na oferta e monitoramento dos serviços; na informação e comunicação para sociedade; e nas ações de educação permanente para profissionais (Prado; Santos, 2018).

Assim, este estudo buscou responder às seguintes perguntas de investigação: qual a percepção dos profissionais e gestores com relação à organização e aos fluxos da atenção voltada à mulher vítima de violência sexual? Qual o perfil das mulheres vítimas de violência sexual? Qual a compreensão dos gestores e trabalhadores sobre o conceito de violência sexual?

Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo geral analisar a percepção dos gestores e profissionais em um município da região Nordeste com relação à mulher vítima de violência sexual. Outrossim, teve como objetivos específicos: descrever as percepções de gestores e trabalhadores de saúde acerca da organização e dos fluxos da atenção voltada à mulher vítima de violência sexual; identificar o perfil das mulheres vítimas de violência sexual a partir do olhar dos gestores e trabalhadores de saúde; apresentar o conceito de violência sexual na opinião

de gestores e trabalhadores de saúde; e, por fim, elaborar um produto técnico para orientação à equipe multiprofissional na atenção às mulheres vítimas de violência sexual.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Para compreender a violência sexual contra a mulher, é importante entender a questão de gênero como um fator estruturante na sociedade que atribui características e comportamentos ditos masculinos ou femininos.

A violência baseada no gênero é fruto da desigualdade entre homem e mulher, nas relações patriarcais, na submissão, em que as agressões são formas de manutenção do poder masculino, resultando em violência física, assassinatos, violência sexual e psicológica, estupro, abuso sexual, assédio sexual e moral, abusos emocionais, espancamentos, sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privação da liberdade, tanto na vida privada quanto pública (Bandeira, 2014; Conceição; Madeiro, 2022; Minayo, 2006b; Schraiber *et al.*, 2003).

A OMS afirma que a violência contra a mulher é um efeito negativo da desigualdade de gênero, sendo um dos principais problemas de saúde pública. A Organização também afirma que 35% das mulheres em todo o mundo estão sofrendo de algum tipo de violência durante a vida, principalmente no ambiente doméstico (Conceição; Madeiro, 2022; Miranda *et al.*, 2021).

Esse fato é caracterizado por sua invisibilidade, uma vez que muitos casos não são notificados, pois as mulheres vítimas de violência não prestam queixa por medo, dependência financeira, entre outras razões; ou se o fazem, são ameaçadas pelo parceiro, permanecendo no silêncio do ambiente familiar. Nesse sentido, a questão de gênero está intimamente relacionada com a violência doméstica, visto que as mulheres são as mais afetadas (Conceição; Madeiro, 2022; Batista; Schraiber; d'Oliveira; 2018).

Minayo faz uma reflexão sobre o conceito da violência a partir de alguns teóricos das ciências sociais, como Domenach, Chesnais, Toqueville, Hannah Arendt, Norbert Elias, Freud, Wieviorka, enquanto um fenômeno de causalidade complexa e multidimensional, existente em um contexto histórico e social desde o primórdio da humanidade, fruto das relações sociais e resultantes de poder, sendo a população mais vulnerável (crianças, adolescentes, mulheres, idosos) a principal vítima (Facuri *et al.*, 2013; Minayo, 2006b; Minayo; Souza, 1999; Trentin *et al.*, 2019).

No contexto brasileiro, Minayo traz alguns elementos do livro de Dias e Gambini sobre a questão da violência desde o processo de colonização, como a exploração dos povos indígenas quando as mulheres foram abusadas pelos portugueses e espanhóis e o tráfico dos povos negros

vindos da África na condição de escravizados, sendo as mulheres abusadas e estupradas pelos senhores feudais e seus filhos (Minayo, 2006b).

A autora ressalta também o período do regime militar, no qual a violência se expressou por intermédio dos conflitos armados e dos casos de mulheres que sofreram todas as formas de violência pela defesa da vida dos filhos, maridos ou pais, como abusos, espancamentos, prisões e torturas (Minayo, 2006b).

Diante dos fatos, pode-se afirmar que a questão da violência no Brasil vem desde o processo de colonização, aculturação dos indígenas, escravização dos negros, exploração dos operários, ditadura militar, reafirmando o comportamento patriarcal e machista. Os abusos e a exploração de mulheres, adolescentes, crianças e idosos, o racismo estrutural, a homofobia, a opressão e exploração do trabalho ainda estão presentes na sociedade brasileira (Minayo, 2006b).

A partir das reflexões de Minayo, entende-se que a violência tem como base as questões sociais, advinda de fatores históricos, políticos, econômicos e culturais, portanto, sendo uma questão complexa e multifacetada de violação dos direitos humanos, provocando consequências para a vida das pessoas e da sociedade. Também reafirma o machismo, o patriarcalismo, a misoginia e o androcentrismo marcantes desde o período colonial no Brasil, os quais estão presentes ainda na sociedade atual (Minayo, 2006b).

Nos últimos anos, o tema da violência foi introduzido na saúde, inicialmente relacionada com a violência contra criança em decorrência de maus-tratos, abusos, exploração e tráfico; posteriormente, a violência contra a mulher, protagonizado pelo movimento feminista, trazendo à baila a consciência de gênero. Tal movimento é precursor da luta pelos direitos da mulher e responsável por denunciar a violência contra a mulher e a ampliação do olhar sobre tal fenômeno (Bandeira, 2014; Minayo, 2006b; Schraiber *et al.*, 2003).

A atuação do movimento feminista perante o crescente aumento de casos de mulheres violentadas foi de fundamental importância para o reconhecimento da legitimidade e da gravidade do fenômeno, contribuindo para efetivação de legislações internacionais e nacionais que garantem a atenção integral às mulheres em situação de violência (Bandeira, 2014; Minayo, 2006b; Schraiber *et al.*, 2003).

Alguns autores afirmam que o movimento, ainda hoje, pressiona o governo para que a saúde garanta cuidado integral, não só com relação ao tratamento, mas também nos diversos problemas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões físicas e psicológicas provocadas por parceiros íntimos ou ex-parceiros, abusos sexuais, estupros, homicídios, entre

outros relacionados com a violência de gênero, mediante ações de prevenção de violência, promoção à saúde e proteção (Bandeira, 2014; Minayo, 2006b; Schraiber *et al.*, 2012).

Assim, no Brasil, no final da década de 1970 e de 1980, a consciência nacional e coletiva pela liberdade e direitos humanos, e o processo democrático no país, desencadeou em vários movimentos por direitos sociais e civis, como da mulher, da criança, dos negros e de outros grupos historicamente excluídos na perspectiva da reparação da injustiça social, em virtude das consequências das diversas formas de violência, bem como os efeitos na sociedade (Minayo, 2006b).

É importante salientar a influência do movimento feminista no avanço das políticas públicas voltadas para as mulheres em situação de violência sexual em consonância com as lutas políticas pela democratização do país e com a reforma sanitária (Conceição; Madeiros, 2022; Minayo, 2006b).

Em 1985, foi implantado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), com propósito de promover políticas sociais voltadas às mulheres no enfrentamento de qualquer tipo de discriminação e na garantia da igualdade para o exercício da cidadania. Em 1986, esse conselho organizou encontro em Brasília que teve como resultado a Carta das Mulheres aos constituintes com conjunto de reivindicações relativas a família, trabalho, educação, cultura e, especificamente, saúde e violência, exigindo modificações na legislação (Silveira; Paim; Adrião, 2019).

A partir da década de 1980, o tema da violência ganhou espaço no contexto político e social, influenciando de modo enfático no campo da saúde, por recomendação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para adoção de planos nacionais de prevenção e controle diante da magnitude do problema na saúde pública em uma perspectiva intersetorial, sendo os serviços de saúde a porta de entrada das pessoas em situação de violência em diversos países latino-americanos, como o Brasil (Canesqui, 1998; Minayo, 2006b).

A efetivação de ações para enfrentamento da violência contra a mulher começou a ganhar força a partir de 1980, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, que incorporou temas como direitos sexuais e reprodutivos e violência de gênero. Posteriormente, outros documentos foram publicados qualificando e ampliando as questões relativas aos direitos das mulheres, como, respectivamente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) em 2004 (Minayo, 2006b; Silveira; Paim; Adrião, 2019).

Ainda nesse período, destaca-se a I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher em 1986, parte da agenda de mobilizações temáticas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª

CNS). A Conferência foi espaço importante de reflexão para o avanço dos questionamentos e exigências da população feminina, reafirmando o compromisso do Brasil mediante a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual garante os direitos das mulheres brasileiras (Silveira; Paim; Adrião, 2019).

O Brasil também assinou contratos internacionais sobre os direitos das mulheres que passaram a ter valor de emenda constitucional, como: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulher, Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra Mulher (Convenção de Belém do Pará) e Declaração de Pequim, adotada pela 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres (Silveira; Paim; Adrião, 2019).

A OMS elaborou o Relatório Mundial alterando a terminologia “causas externas” por “violência e saúde” na Classificação Internacional de Doenças (CID) e recomendou aos países diagnóstico e plano de ação para o enfrentamento das violências (OMS, 2002).

Esses instrumentos foram fundamentais para o Brasil, que, por meio do MS, reconheceu a violência como um dos mais importantes problemas de saúde, definindo como enfoque o cuidado às vítimas e a implantação de ações de promoção à saúde e qualidade de vida, conforme descrito na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2002).

A referida política reverberou importantes ferramentas que possibilitaram diagnóstico da situação de violência, implementação de ações e planos de ação. Normativas ministeriais relativas à temática foram publicadas como estratégias para o enfrentamento do crescente aumento de vítimas de violência, dos gastos com estruturas hospitalares, assistência e reabilitação, urgência e emergência, insumos, medicamentos e apoio diagnóstico, investimento em tecnologia, profissionais especializados e qualificados, impactando os custos para a saúde e para toda a sociedade (Azevedo; Pelicioni; Weslphal, 2012; Minayo, 2006b).

O Relatório Mundial da OMS caracteriza a violência nas seguintes manifestações: violência dirigida da pessoa contra si mesma (autoinfligida), violência interpessoal (intrafamiliar e comunitário) e violência coletiva. A violência interpessoal intrafamiliar é aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, no ambiente doméstico principalmente; já a comunitária é aquela que ocorre no ambiente público em geral, por pessoas conhecidas e/ou desconhecidas. A violência pode ser classificada em diferentes tipos, tais como abusos ou maus-tratos físicos, psicológicos e sexuais (Minayo, 2006b; OMS, 2002).

Ainda segundo a OMS, a violência contra as mulheres é compreendida como todo ato de violência de gênero que cause ou ocasione problemas de ordem física ou psicológica para as

mulheres, incluindo a ações de coação ou privação de liberdade em qualquer ambiente público ou privado (OMS, 2002).

Com base na consideração da OMS, alguns autores enfatizam que, para conceituar a violência contra a mulher, é preciso compreendê-la sob a perspectiva de gênero, reafirmando a estratégia do movimento feminista na garantia dos direitos sociais e humanos. Estudos apontam que os fatores de riscos relacionados com a violência contra a mulher advêm das questões sociodemográficas e socioeconômicas, uso de substâncias psicoativas/álcool e histórico de violência familiar na infância ou adolescência. Esses fatores produzem impactos físicos, psicológicos, econômicos e sociais em toda sociedade (Silva; Oliveira, 2016; Schraiber *et al.* 2003).

No Brasil, a violência contra a mulher passou a ter visibilidade na sociedade após a aprovação da Lei Maria da Penha, a qual instituiu punições mais severas aos agressores e definiu a violência contra a mulher como crime específico (Brasil, 2006b). A Lei é um marco na construção de políticas públicas efetivas de combate à violência contra a mulher e obedece às definições da normativa internacional, notadamente a Convenção de Belém do Pará, de 1994 (Minayo, 2006b; Silva; Oliveira, 2016).

A Lei Maria da Penha tipifica as formas de violência como física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Entre os tipos mais prevalentes, estão as violências físicas e sexuais, sendo o parceiro íntimo o principal agressor; e o local de ocorrência, o domicílio (OMS, 2002; Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021; Conceição; Madeiro, 2022).

De acordo com a Lei Maria da Penha, a violência sexual é

[...] qualquer ato que mediante ameaça ou uso da força submetendo a mulher a realizar, permanecer ou participar de relação sexual, ou a incite comercialização da sua sexualidade, ou a proíba de usar método contraceptivo ou que a coaja ao casamento, à gravidez, ao aborto ou à prostituição (BRASIL, 2006b).

Assim, as violências cometidas contra a mulher têm várias formas e podem ocorrer em ambientes domésticos ou em vias públicas, por parceiros, familiares, vizinhos ou desconhecidos. Entre as formas de violências, a violência sexual é aquela que afeta negativamente as mulheres e suas famílias. Isso inclui danos físicos e mentais, gravidez, infecções do trato reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios ginecológicos e sexuais, depressão, pânico, ideação suicida, abuso de substâncias psicoativas, entre outras, comprometendo a qualidade da vida dessas mulheres (Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021; Facuri *et al.*, 2013; Minayo, 2006b; Trentin *et al.*, 2019).

Estudos têm mostrado que as mulheres vítimas de violências domésticas perpetradas por parceiros não reconhecem o fato como violência. Nesse sentido, algumas naturalizam, toleram, silenciam ou preferem omitir porque dependem economicamente do agressor ou ainda devido à noção institucionalizada da proteção da família, da submissão da mulher ao homem ou do papel desta como mãe e reprodutora; outras passam a ter ideação suicida (Bandeira, 2014; Minayo, 2006b; Schraiber *et al.*, 2003).

A violência sexual sofrida pelas mulheres deixa marcas que causam dor, sofrimento e consequências para sua saúde, impactando nos serviços quanto às formas de lidar com a complexidade do fenômeno. Assim, a promoção da atenção integral à saúde das mulheres vítima de violência sexual é fundamental para superação do trauma (Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021; Machado; Freitag; 2021; Schraiber *et al.*, 2003).

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

No contexto nacional, marcos legais e normativos de grande relevância para a garantia de direitos das mulheres em situação de violência foram publicados, os quais as empoderam na busca pelos seus direitos; subsidiam os gestores na implementação de ações no enfrentamento do fenômeno, como aplicabilidade da Lei Maria da Penha; possibilitam expansão e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; viabilizam o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos; definem a notificação da violência como obrigatória e compulsória; especificam estratégias para o enfrentamento da exploração sexual e do tráfico de mulheres e empoderamento das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (Brasil, 2011b, 2016).

O MS editou normativas, descritas no Quadro 1, que orientam e estabelecem as diretrizes sobre procedimentos e encaminhamentos de casos de violência sexual, bem como portarias que definem critérios para o cadastramento de unidades de saúde no atendimento aos agravos decorrente da violência sexual, da contracepção de emergência, da atenção à interrupção da gravidez prevista em lei, da notificação compulsória da violência doméstica e sexual para atendimento de violência sexual, habilitação de serviços para efetivação de procedimentos de coleta de vestígio e guarda de material para perícia e produção de provas por médicos assistentes em hospitais de referência no SUS e procedimentos na tabela do SUS para repasse financeiro de recursos desses serviços do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde (Castro; Lago; Batista, 2014; Melo; Soares; Bevilacqua, 2022).

Quadro 1 – Legislações e normativas

| Ano | Legislações/normativas |
|------------|---|
| 1996 | Decreto nº 1.973 – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994). |
| 1999 | Norma Técnica sobre Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (1ª edição). |
| 2001 | Portaria GM/MS nº 737 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. |
| 2002 | Decreto nº 4.377 – Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência Contra as Mulheres. |
| 2003 | Lei Federal nº 10.778 – Estabelece a notificação compulsória no território nacional de todos os casos de violência contra as mulheres, atendidas nos serviços de saúde público e privado. |
| 2004 | Portaria GM/MS nº 936 – Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica; Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. |
| 2005 | Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos; Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (1ª edição); Norma técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2ª edição); Portaria GM/MS nº 1.508 que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. |
| 2006 | Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência; Lei Federal nº 11.340 que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. |
| 2009 | Decreto nº 11.897 – Cria o Observatório de Violências e Acidentes do Estado da Bahia. |
| 2010 | Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. |
| 2011 | Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica; Norma técnica de Atenção humanizada ao abortamento (2ª edição); Portaria nº 1.459 – Programa da Rede Cegonha; Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde; Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. |
| 2012 | Norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (3ª edição); ADFF nº 54 aprova a realização de aborto legal em casos de gestação de feto anencéfalo. |
| 2013 | Decreto nº 7.958 – Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde; Lei nº 12.845 – Dispõe sobre atendimento obrigatório e integral às pessoas em situação de violência sexual sem a necessidade de Boletim de Ocorrência; Portaria GM/MS nº 528 – Define os serviços de referência para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual e interrupção legal da gestação. |
| 2014 | Portaria GM/MS nº 485 – Redefine o funcionamento do serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, e em seu art. 7º define a equipe dos Serviços de Referência para a Atenção integral às Pessoas em situação de Violência Sexual; Portaria MS/SAS nº 415 – Inclui o procedimento interrupção na gestação em caso de estupro; Portaria GM/MS nº 1.271 define a violência sexual e tentativa de suicídio passam a ter notificação imediata pela Secretaria de Saúde; Portaria GM/MS nº 618 – Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento; Portaria GM/MS nº 2.466 – Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). |
| 2015 | Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. |
| 2015 | Portaria Interministerial nº 288 estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública de saúde do SUS quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios; Lei Federal nº 13.104 – Lei do Femicídio Alterou o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7/12/1940 – Código Penal, que prevê o feminicídio como crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25/07/1990, que inclui o feminicídio no elenco dos crimes hediondos; Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em situação de violência sexual com Registro de informações e coleta de vestígio (1ª edição). |
| 2018 | Lei Federal nº 13.718 “Lei da Importunação Sexual. |
| 2020 | Lei 14.022 – Alterou a Lei nº 13.979 de 06/02/2020, e dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a pandemia de Covid-19; Portaria nº 2.561 – Dispõe sobre novo procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. |
| 2021 | Portaria nº 78 GM/MS – Dispõe sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra mulher às autoridades policiais. |

Fonte: elaboração própria, 2024.

Dentre as normativas acima, destaca-se a Portaria GM/MS nº 618 que definiu as regras para cadastramento dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual; orienta os gestores na organização da atenção às pessoas vítimas de violência a partir da rede de saúde existente no território, como Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais etc., possibilitando o acesso da vítima, inclusive em estabelecimento de saúde com funcionamento ininterrupto na Rede SUS, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Classificação dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual quanto aos critérios

| Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual | |
|--|--|
| Classificações | Crítérios |
| 001 – Referência para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento ininterrupto (24 horas por dia, 7 dias por semana) • Atenção Integral conforme <i>Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes</i> • Contar com equipe de referência composta por: médico (a), enfermeiro (a), assistente social, psicólogo (a), farmacêutico (a) e técnico (a) em enfermagem • Exemplos: hospital, maternidade, pronto-socorro, UPA |
| 006 – Referência para Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento ininterrupto (24 horas por dia, 7 dias por semana) • Atenção Integral conforme <i>Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento</i> • Contar com equipe de referência composta por: médico (a), enfermeiro (a), assistente social, psicólogo (a), farmacêutico (a) e técnico (a) em enfermagem • Exemplos: hospital, maternidade, pronto-socorro, UPA |
| 007 – Atenção Ambulatorial às Pessoas em Situação de Violência Sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento conforme suas especificidades e atribuições (acolhimento, atenção humanizada, encaminhamento etc.) • Contar na equipe com: médico (a), enfermeiro (a), e técnico (a) em enfermagem • Exemplos: UBS, CAPS, Policlínica, Unidade Mista |

Fonte: elaboração própria com base na Portaria GM/MS nº 485, de 1º de abril de 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 15 set. 2024.

No âmbito do SUS, foram muitos avanços na atenção à mulher em situação de violência com relação à atenção integral e oportuna, com acolhimento e atendimento multidisciplinar, viabilizando a contracepção de emergência, detecção e tratamento de IST e HIV no prazo de 72 horas após o fato, encaminhamentos para outros serviços, conforme necessidade ou desejo expresso pela mulher, acompanhamento ambulatorial do serviço de saúde durante seis meses

após a ocorrência da violência, aborto decorrente do estupro e a coleta e guarda dos vestígios para investigação (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022).

A inclusão da violência doméstica e sexual no Sinan foi outro avanço significativo. Isso ajudou a orientar o tratamento, permitindo visualizar casos, perfis e ocorrências, intervenções e encaminhamentos, bem como gerenciar a tomada de decisão de ações e intervenções relacionadas com a violência sexual (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022).

Apesar das melhorias, ainda se observa na assistência a dificuldade dos profissionais para identificarem e abordarem a questão da violência, comprometendo o cuidado integral e intersetorial, conseqüentemente, a não notificação do caso no Sinan.

Estudos mostram que os profissionais muitas vezes se concentram na intervenção imediata na lesão causada pela violência, considerada como uma questão social e psicológica. Em vez disso, eles se concentram na prestação de serviços de saúde e direcionam o cuidado da vítima para outros setores, desvinculando-o do tratamento no âmbito do SUS (D'oliveira; Schraiber, 2013; Schraiber *et al.*, 2003).

A baixa notificação, ou sub-registro ou preenchimento incompleto de informações, compromete o dimensionamento da problemática, a visibilidade do fenômeno e as ações tomadas pelos gestores para enfrentá-lo. A notificação da violência é um importante caminho para o enfrentamento do fenômeno, construção de uma sociedade igualitária e equânime, possibilitando a eliminação das desigualdades de gênero (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022; Schraiber *et al.* 2003).

Minayo, Pinto e Silva (2022), no estudo transversal de base secundária, apresentaram os dados da PNS 2019 realizada pelo IBGE em parceria com o MS e a FIOCRUZ, no tocante ao módulo violência realizada com pessoas com idade igual ou maior de 18 anos, domiciliadas nas Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas, Capitais e municípios (IBGE, 2020 *apud* Minayo; Pinto; Silva, 2022).

A pesquisa mostrou que 18,3% da população estudada sofreu violência psicológica, física ou sexual em 2019 no Brasil. Das 27 Unidades Federativas, 13 apresentaram proporção acima da estimativa nacional, sendo elas: Sergipe (24,9%), Roraima (22,3%), Bahia (21,8%) e Mato Grosso do Sul (20,6%), tendo a região Nordeste a maior prevalência de violências na população dessa faixa etária (IBGE, 2020 *apud* Minayo; Pinto; Silva, 2022).

Os dados mostram que a violência sexual é mais comum entre as mulheres de 18 a 29 anos, pretas, pardas ou indígenas, solteiras, divorciadas, desquitadas, separadas judicialmente, com ensino fundamental completo ou médio incompleto e que ganham até meio salário mínimo. Essas pesquisas são essenciais para a implementação de ações e políticas para lidar com o

fenômeno, pois os dados coletados ajudam nas decisões (IBGE, 2020 *apud* Minayo; Pinto; Silva, 2022).

Os serviços de saúde são a primeira fonte de contato para as mulheres que sofrem violência sexual conforme apontam estudos. Portanto, são espaços privilegiados para identificação, acolhimento e cuidado. A atuação dos profissionais é crucial para garantir a vinculação, o cuidado integral e longitudinal e a integração com outros serviços para atender às necessidades dessas mulheres (Conceição; Madeiro, 2022; Jesus *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2021).

Os profissionais devem ampliar o olhar para as demandas das mulheres, sem julgamentos, preconceitos e estigmas, buscando sempre compreender o cenário no qual a violência está inserida, pois muitas vezes envolvem vários membros da família e acontecem, na sua maioria, no ambiente doméstico (Conceição; Madeiro, 2022; Jesus *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2021).

Considerando a multiplicidade e a complexidade das necessidades sociais, a questão da violência requer atenção à saúde na perspectiva da integralidade e da intersetorialidade, ocupando papel relevante na promoção da transversalidade do cuidado às mulheres em situação de violência sexual, de forma a viabilizar a ampliação e a organização da oferta de serviços, além da construção de alianças para implementação de ações e da rede de atenção, evitando longas peregrinações, estigmas e preconceitos (Prado; Santos, 2018; Trentin *et al.*, 2019).

A revisão de literatura sobre o tema da violência sexual contra a mulher possibilitou analisar o fenômeno da violência à luz da saúde coletiva, refletindo sobre os conceitos discutidos pelos teóricos das ciências sociais, as consequências biopsicossociais na qualidade de vida das mulheres, os aspectos relacionados com o processo histórico e político, o protagonismo do movimento feminista, uma vez que as mulheres em qualquer período de suas vidas são as principais vítimas. Além disso, permitiu conhecimento dos marcos legais, da necessidade de ações intersetoriais para o enfrentamento e da complexidade no tocante à invisibilidade do tema.

Nesse sentido, buscou-se compreender as competências necessárias para que os profissionais de saúde assistam mulheres vítimas de violência sexual. Para tal, realizou-se uma RI que resultou nos artigos desta dissertação, intitulada como “A mulher em situação de violência sexual em um município do nordeste brasileiro: com a fala, gestores e trabalhadores da saúde”, o que é apresentado *a posteriori*.

3 RESULTADOS

A partir do estudo, elaboraram-se dois artigos, intitulados: “Competências necessárias que os profissionais de saúde precisam desenvolver para atender mulheres vítimas de violência sexual: uma revisão integrativa de literatura” e “Percepção dos profissionais e gestores de saúde de um município do nordeste brasileiro sobre a atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual”. Além dos artigos, também foi elaborado um produto técnico cujo objetivo é contribuir com a equipe multiprofissional para o aprimoramento da organização da atenção às mulheres vítimas de violência sexual.

3.1 ARTIGO 1

**COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
PRECISAM DESENVOLVER PARA ATENDER MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

**ESSENTIAL COMPETENCIES FOR HEALTH PROFESSIONALS IN THE CARE
OF WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE: AN INTEGRATIVE REVIEW**

**COMPETENCIAS ESENCIALES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA
ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: REVISIÓN
INTEGRATIVA**

INTRODUÇÃO

A invisibilidade e a natureza multifacetada do fenômeno da violência sexual contra a mulher, associadas ao despreparo dos profissionais e à necessidade da organização da atenção eficaz e integral, requerem dos profissionais competências essenciais para melhoria da atenção e cuidado às vítimas de violência sexual.

O termo “competências” é amplamente reconhecido em todo o mundo e apresenta-se como uma nova abordagem, porque estimula a reflexão crítica, sendo capaz de atender às

demandas impostas pelas mudanças sociais atuais e promover o desenvolvimento da cidadania (Shimizu; Fragelli, 2016).

A complexidade da violência sexual exige que os profissionais tenham conhecimento que vão além da formação técnica. Além disso, eles devem adquirir habilidades para melhorar o cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe e da educação interprofissional. Isso os ajudará a superar os desafios associados à fragmentação da rede de atenção, às dificuldades do processo de trabalho em saúde e à neutralidade e imparcialidade centrada no corpo e na biomedicina (Freitas *et al.*, 2022; Silva; Freitas Júnior, 2024; Terra; Lima, 2023).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), considerada uma indutora do aprimoramento das práticas colaborativas interprofissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), recomenda que a prática do acolhimento deve ser exercida por todos os profissionais de saúde, reafirmando o cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe (Brasil, 2010).

Reeves (2016) afirma que os profissionais de saúde devem receber formação que lhes permita adquirir Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA) necessários para trabalhar em equipe, o que resultará em uma maior segurança do paciente e mais qualidade do serviço prestado, melhorando a fragmentação do cuidado em saúde ainda presente.

Nesse contexto, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva sobre o perfil dos profissionais na saúde, não apenas por encorajar o pensamento crítico, mas também por ser capaz de atender às demandas impostas pela situação atual de mudanças sociais, apoiar e orientar a população a quanto seus direitos das mulheres vítimas de violência sexual (Fragelli; Shimizu, 2012).

Para isso, faz-se necessária a implementação de estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) para ampliar o conhecimento específico dos profissionais, incentivar a discussão e melhorar os modos operantes de atendimento de forma a atender às necessidades da população. Além disso, a EPS ajuda a desenvolver competências essenciais, como conhecimento, habilidades e atitudes, qualificando a atuação dos profissionais para atender às necessidades das mulheres vítimas de violência sexual de forma integral e intersetorial (Lemos; Silva, 2021; Lima; Freitas Júnior, 2024; Souza; Peres; Mafioletti, 2020).

Na Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) dispôs os pressupostos, os princípios e as diretrizes sobre o perfil do profissional na perspectiva do trabalho coletivo em saúde como prática social, organizado de forma interdisciplinar e interprofissional, que proporcionem conhecimentos, habilidades e atitudes que possam superar os desafios contemporâneos do mundo do trabalho (Brasil, 2017).

A qualificação e a transformação das práticas de cuidado em saúde nas ações e serviços, com ênfase no fortalecimento dos profissionais e usuários, por meio estratégias de educação, reverberam em uma assistência potente no enfrentamento da complexidade da temática da violência sexual (Souza; Peres; Mafioletti, 2020).

Estudos apontam que as práticas educativas melhoram a comunicação, o trabalho em equipe, a gestão, o compartilhamento ético do cuidado, a mudança de práticas, o compromisso social e de saúde e a interação e a integração (Souza; Peres; Mafioletti, 2020; Terra; Lima, 2023).

Nesse sentido, destaca-se a importância das estratégias de educação em saúde para desenvolver competências profissionais que possibilitem: conhecimento; habilidade e atitude para a efetivação da organização do cuidado; promoção da saúde, prevenção e tratamento em tempo hábil; comunicação assertiva; articulação intersetorial e colaborativa; planejamento de ações resolutivas; tomada de decisão; identificação e notificação dos casos; orientação quanto aos direitos; escuta qualificada e acolhimento humanizado (Lima; Freitas Júnior, 2024; Shimizu; Fragelli, 2012).

O estudo de Lima e Freitas Júnior (2024) sugere uma matriz de competências comuns para a prática interprofissional de cuidado às vítimas de violência sexual, que pode ajudar a criar planos de educação para desenvolver as habilidades necessárias da equipe para melhorar a prática e o cuidado às vítimas de violência sexual.

Considerando esse contexto, os profissionais de saúde devem ser capazes de fornecer assistência humanizada, por meio de acolhimento e cuidado respeitosos, escuta qualificada, diálogo aberto que permita estabelecer vínculos, utilização de técnicas para identificação de possíveis riscos e agravos à saúde e à integridade da mulher, acompanhamento longitudinal e articulação com outros serviços para atender às necessidades dessas mulheres. Além disso, devem defender os direitos delas (Conceição; Madeiro 2022; Jesus *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2021; Machado; Freitag, 2021).

Para a efetivação dessa atenção, e considerando a complexidade da violência sexual, os profissionais devem desenvolver competências para melhorar o cuidado em saúde trabalhando em equipe e aprendendo com outros profissionais. Isso os ajudará a superar questões como neutralidade e imparcialidade centrada no corpo e na biomedicina, fragmentação da rede de atenção e problemas no processo de trabalho em saúde (Freitas *et al.*, 2022; Silva; Freitas Júnior, 2024; Terra; Lima, 2023).

Assim, este estudo tem como objetivo identificar as competências necessárias que a equipe multiprofissional precisa desenvolver para assistir mulheres vítimas de violência sexual.

MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) de literatura, que consiste em um recurso de pesquisa para sistematização das produções científicas sobre determinado fenômeno baseado em estudos anteriores. Além disso, aponta possíveis lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas a partir de novos estudos que poderão auxiliar profissionais e pesquisadores no processo de trabalho (Cordeiro *et al.*, 2007).

A questão norteadora da RI foi: quais as competências necessárias que os profissionais de saúde precisam desenvolver para atender mulheres vítimas de violência sexual?

Para busca das evidências, definiram-se, inicialmente, os termos baseados na pergunta e no objetivo da RI, a saber: violência contra a mulher, violência sexual, assistência de saúde. Considerando que algumas bases de dados utilizam descritores, realizou-se então a pesquisa dos termos nas bases Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Após exaustivas buscas, os descritores utilizados em português e inglês foram: “violência sexual”, “sexual violence”, “violência contra mulher”, “violence against women”, “assistência de saúde”, “health care”.

Concluída essa etapa, foi então elaborada a estratégia de busca, utilizando operadores booleanos AND e OR com os recursos de aspas para delimitação de termos compostos e com parêntese, os quais depois foram compiladas em uma única expressão, (“violence against women” OR “sexual violence against women”) AND (“health care”).

As buscas foram realizadas nas bases de dados eletrônicas de publicações científicas: PubMed/Medline, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

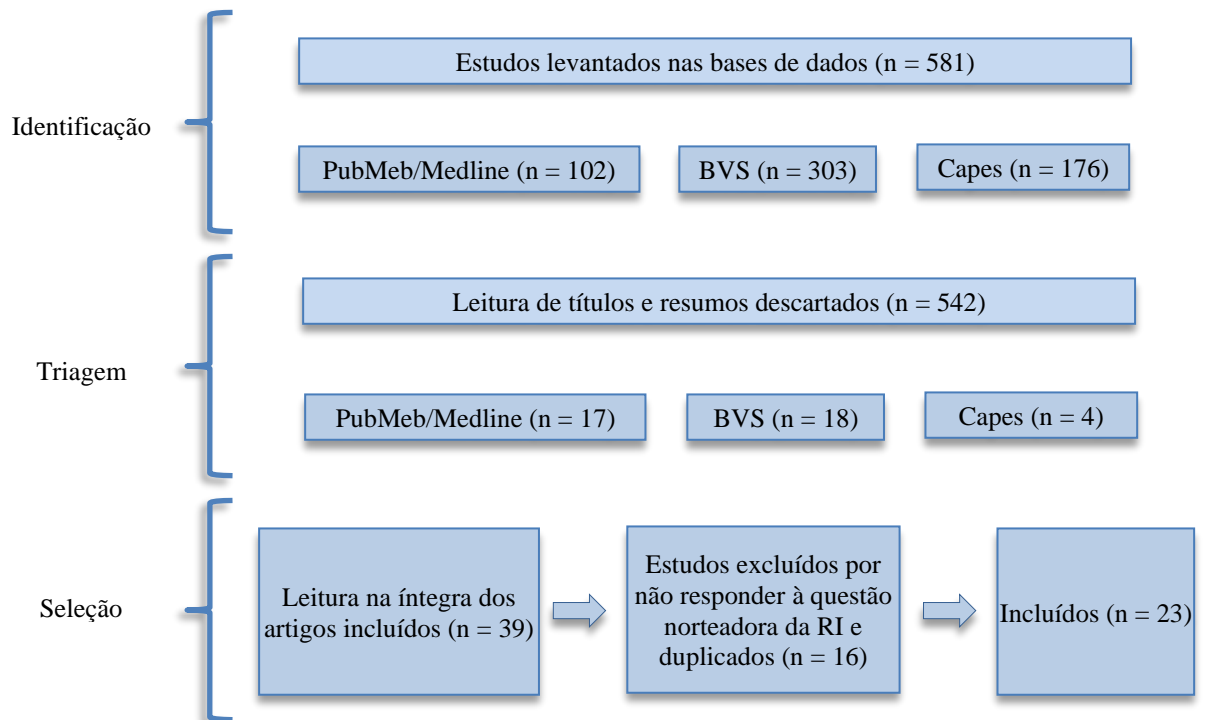
A condição ou domínio a ser estudado teve como base o acrônimo PECO: População (P), estudos que tenham população alvo profissionais de saúde; Exposição (E), estudos que tratem de capacitação para desenvolver as competências necessárias para atender mulheres vítimas de violência sexual; Comparador (C), estudos que apresentem resultados de profissionais que não receberam capacitação; *Outcomes* (O), estudos que registraram nos seus desfechos profissionais de saúde qualificados que atendem melhor mulheres vítimas de violência sexual e/ou atendimento bem avaliado pelas mulheres nos serviços de saúde.

Como critérios de elegibilidade dos artigos, definiram-se: artigos, estudos empíricos, publicados no período de 1º de janeiro de 2019 a maio de 2024; escritos em português, espanhol e inglês; com acesso gratuito à versão completa do artigo que versasse acerca das competências/habilidades dos profissionais de saúde na assistência às mulheres em situação de

violência sexual. Foram excluídos: dissertações, teses, artigos editoriais, de opinião, artigos duplicados, outras revisões e publicações que não tratassem acerca do referido tema. Essa coleta foi realizada nos meses de junho e julho de 2024.

Assim, foram identificados 581 artigos; destes, 542 foram descartados, e 39 foram selecionados, considerando os critérios de elegibilidade e exclusão. Em virtude do processo metodológico e na perspectiva de obter maior qualidade dos resultados, foi realizada a leitura aprofundada dos 39 artigos selecionados na íntegra; destes, 16 foram excluídos por não responderem à questão norteadora da revisão. A amostra final foi composta por 23 estudos que foram organizados em uma planilha Excel[®] para síntese (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos



Fonte: elaboração própria, 2024.

De posse dos artigos selecionados, elaborou-se uma planilha no Excel[®] com as seguintes variáveis: título, objetivo do estudo; ano de publicação; delineamento do estudo (participantes e categoria profissional); método, instrumento de coleta de dados aplicado. Após a leitura completa e exaustiva, identificaram-se os componentes das competências essenciais no processo de trabalho pelo aprimoramento de CHA nos estudos selecionados, a partir de

métodos, resultados e discussões, como necessárias para que os profissionais de saúde atendam com qualidade mulheres vítimas de violência sexual.

Assim, os componentes de competências profissionais em saúde pública combinadas com os dispositivos legais e normas técnicas para atenção humanizada às vítimas de violência sexual serviram como base para a análise dos subgrupos.

Para sistematização dos resultados, foram utilizados como referência: os domínios de competências essenciais do Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), que afirmam que esses domínios são necessários para a produção de qualidade na Atenção à Saúde, porque a qualidade da produção de cuidado depende da capacidade das equipes de lidar com diferentes perspectivas e chegar a consensos; a PNH (Brasil, 2016); a Resolução nº 569/2017 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2017), que dispõe sobre os pressupostos, princípios e diretrizes sobre o perfil do profissional na perspectiva do trabalho coletivo em saúde como prática social, organizados de forma interdisciplinar e interprofissional, e que proporcionem CHA que possam superar os desafios contemporâneos do mundo do trabalho; e a matriz de competências prática profissional no cuidado às pessoas vítimas de violências sexual proposto por Lima e Freitas Júnior (2024) e Freitas *et al.* (2022).

A partir do referencial teórico, buscou-se identificar nos estudos os componentes das competências necessárias dos profissionais para cuidar de mulheres vítimas de violência sexual, a saber: Shimizu e Fragelli (2016); Freitas *et al.* (2022); Terra e Lima (2023); Silva e Freitas Júnior (2024); Souza, Peres e Mafioletti (2020); Lemos e Silva (2021); Lima e Freitas Júnior (2024); Machado, Freitag (2021); Lima *et al.* (2021); Jesus *et al.* (2022); Conceição e Madeiro (2022).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 23 estudos incluídos nesta revisão de literatura, verifica-se que 2022 foi o ano com a maior produção (9), seguido dos anos de 2019, 2020 e 2023, todos, respectivamente, com 4 artigos, e o ano de 2021 com 2 artigos. Com relação ao país onde foram realizados os estudos, o Brasil foi o que agregou a maior parte dos estudos (20 dos 23); o Irã, Cabo Verde e a Arabia Saudita aparecem com 1 artigo cada (Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos da RI, segundo o ano de publicação, país e autores da amostra (n = 23)

| N | Ano | País | Autores |
|----|------|----------------|------------------------------|
| 1 | 2022 | Cabo Verde | Silva <i>et al.</i> |
| 2 | 2023 | Brasil | Bacchus <i>et al.</i> |
| 3 | 2022 | Arabia Saudita | Almegewly <i>et al.</i> |
| 4 | 2023 | Brasil | Nascimento <i>et al.</i> |
| 5 | 2023 | Irã | Purbarrar <i>et al.</i> |
| 6 | 2023 | Brasil | Aguiar <i>et al.</i> |
| 7 | 2022 | Brasil | Silva, Mesquita e Campelo |
| 8 | 2022 | Brasil | Gomes <i>et al.</i> |
| 9 | 2022 | Brasil | Conceição e Madeiro |
| 10 | 2022 | Brasil | Carneiro <i>et al.</i> |
| 11 | 2021 | Brasil | Miranda <i>et al.</i> |
| 12 | 2021 | Brasil | Odorcik <i>et al.</i> |
| 13 | 2020 | Brasil | Souza, Peres e Mafioletti |
| 14 | 2020 | Brasil | Silva, Ribeiro |
| 15 | 2020 | Brasil | d'Oliveira <i>et al.</i> |
| 16 | 2019 | Brasil | Costa <i>et al.</i> |
| 17 | 2019 | Brasil | Nascimento <i>et al.</i> |
| 18 | 2019 | Brasil | Leite e Fontanella |
| 19 | 2019 | Brasil | Trentin <i>et al.</i> |
| 20 | 2020 | Brasil | Arboit, Padoin e Vieira |
| 21 | 2022 | Brasil | Leite <i>et al.</i> |
| 22 | 2022 | Brasil | Lira, Castro |
| 23 | 2022 | Brasil | Tracz, Gonçalves e Marcovicz |

Fonte: elaboração própria, 2024.

Quanto aos objetivos dos estudos, observou-se que predominaram a percepção dos profissionais e a identificação dos desafios e dificuldades, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização dos estudos da RI quanto ao título e objetivo da amostra (n = 23)

| N | Título | Objetivo |
|---|--|--|
| 1 | Perceptions of primary health care workers regarding violence against women | Identificar a percepção dos profissionais da APS acerca da violência contra mulher. |
| 2 | An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation | Avaliar a viabilidade e aceitabilidade da implementação de uma intervenção (HERA-Healthcare Responding to Violence and abuse) para melhorar a resposta à VDCM. |
| 3 | Measuring Nurses' and Physicians' Attitudes and Perceptions of the Appropriate Interventions towards Intimate Partner Violence in Saudi Arabia | Medir a atitude e a percepção dos profissionais de saúde do pronto-socorro em relação à intervenção apropriada para a VPI. |
| 4 | Challenges regarding cases of domestic violence against women in a city in Mato Grosso | Identificar os principais desafios do atendimento aos casos de violência doméstica contra mulheres em um município MT |
| 5 | A review of the challenges of screening for domestic violence against women from the perspective of health professionals | Revisar os desafios da triagem para violência doméstica contra mulheres da perspectiva de profissionais de saúde. |
| 6 | Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em | Contribuir para o conhecimento sobre o funcionamento da atual da rede de atendimento a mulheres em situação de violência no município de |

| N | Título | Objetivo |
|----|---|---|
| | situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais | SP, apresentando a concepção que profissionais da APS e de serviços especializados. |
| 7 | Percepção dos médicos da família sobre a violência contra a mulher | Avaliar a percepção dos médicos da família sobre a violência contra a mulher |
| 8 | Cuidados de enfermeiras à mulher em situação de violência doméstica: Revisão integrativa | Discutir os desafios de enfermeiras emergências durante as práticas de cuidado à mulher em situação de violência doméstica. |
| 9 | Primary care health professionals and violence against women: systematic review | Descrever as evidências sobre as potencialidades e limitações de profissionais de saúde da APS na violência de gênero contra a mulher. |
| 10 | Theoretical-explanatory model of the care provided to women in situations of violence in primary health care | Elaborar um modelo teórico-explicativo do cuidado à mulher em situação de violência por parceiro íntimo no âmbito da APS |
| 11 | Violência contra a mulher: percepções de profissionais da saúde de uma maternidade | Conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca do atendimento às mulheres em situação de violência que são atendidas no Hospital Sofia Feldman, BH/ MG |
| 12 | Violence against women: perception and professional approach in primary health care during the Covid-19 pandemic | Analisar a abordagem de profissionais de saúde na identificação da violência doméstica às mulheres e a sua percepção sobre os casos durante a pandemia da Covid-19 em Centros de Saúde da Família. |
| 13 | Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência | Identificar desafios para capacitação e desenvolvimento dos profissionais que atuam numa rede intersetorial de atenção às mulheres em situação de violência. |
| 14 | Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde | Compreender como os enfermeiros que atuam na APS, identificam a violência contra as mulheres e descrever a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres. |
| 15 | Obstacles and facilitators to primary health care offered to women experiencing domestic violence: a systematic review | Abordar os obstáculos e facilitadores para o cuidado a mulheres em situação de violência na APS no Brasil. |
| 16 | Domestic violence against women in rural context: recognition of care strategies | Descrever a atuação dos profissionais da ESF diante das situações de violência doméstica contra a mulher em contexto rural e os limites enfrentados para o seu desenvolvimento. |
| 17 | Knowledge and attitudes of rural healthcare providers regarding domestic violence against women: a systematic review | Revisar sistematicamente a literatura sobre o conhecimento e as atitudes de profissionais de saúde rurais em relação a casos de violência doméstica contra mulheres. |
| 18 | Domestic violence against women and PHC professionals: positive predisposition to approach and difficulties with notification | Contribuir para compreender as dificuldades subjetivas de notificar a violência doméstica contra a mulher por profissionais da APS no Brasil. |
| 19 | Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review | Identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca do atendimento a mulheres em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional em saúde. |
| 20 | Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification | Determinar as potencialidades e limitações dos profissionais da APS para identificar situações de violência contra a mulher |
| 21 | Atuação do enfermeiro na atenção básica frente a mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão integrativa | Identificar a atuação dos enfermeiros na APS frente à vítima de violência doméstica, somatizando para o entendimento do problema pela sociedade e para a conceptualização da importância do acolhimento às vítimas. |
| 22 | Perceptions of Violence Against Women by health Professionals | Descrever as percepções dos/as profissionais da saúde sobre a violência contra as mulheres |

| N | Título | Objetivo |
|----|--|---|
| 23 | Atuação do(a) enfermeiro(a) a mulheres vítimas de violências | Analisar a conduta dos enfermeiros(as) nas Unidades Básicas de Saúde frente a casos de violência contra a mulher no município de Ponta Grossa-Paraná. |

Fonte: elaboração própria, 2024.

No que concerne à natureza dos estudos, evidenciou-se a predominância de estudos qualitativos (20), seguida de estudos mistos (2) e de estudos quantitativos (1), dentre os quais, destacamos: RI (3), Revisão Sistemática (3) e Revisão de Escopo (1) (Quadro 5).

Quadro 5 – Descrição metodológica segundo tipo de estudo, amostra e instrumento de coleta (n = 23)

| N | Tipo estudo | Amostra | Instrumento de coleta |
|----|---|--|--|
| 1 | Estudo exploratório, descritivo, abordagem qualitativa | 23 profissionais da saúde | Entrevista semiestruturadas |
| 2 | Método misto | 13 profissionais de saúde | Entrevistas semiestruturadas, Sinan, frequência treinamento |
| 3 | Estudo quantitativo transversal | 106 profissionais de saúde | Questionário |
| 4 | Estudo descritivo, exploratório, abordagem qualitativa. | 08 profissionais de saúde | Entrevistas semiestruturada |
| 5 | Revisão de escopo | 10 estudos selecionados | Busca em bancos de dados PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, Magiran, Scientific Information Database (SID), IranDoc e mecanismo de busca Google Scholar |
| 6 | Estudo qualitativo | 16 profissionais de saúde | Entrevistas semiestruturadas |
| 7 | Estudo qualitativo do tipo transversal | 158 profissionais de saúde | Questionário |
| 8 | Revisão integrativa da literatura | 09 estudos selecionados | Busca por periódicos na BVS, no SciELO, na PubMed e na Embase |
| 9 | Revisão sistemática de métodos mistos | 09 estudos selecionados | Busca por periódicos na base de dados BVS (Lilacs, Medline, BDEF, IBESC, CUMED) |
| 10 | Estudo qualitativo | 31 profissionais de saúde | Entrevista semiestruturada |
| 11 | Estudo descritivo, abordagem qualitativa | 21 profissionais de saúde | Grupo focal |
| 12 | Estudo qualitativo | 23 profissionais de saúde. | Entrevistas semiestruturada |
| 13 | Estudo qualitativo do tipo exploratório | 49 profissionais da rede intersetorial | Entrevistas semiestruturadas |
| 14 | Estudo descritivo e de abordagem qualitativa. | 10 profissionais de saúde | Entrevista semiestruturada |
| 15 | Revisão sistemática | 39 estudos selecionados | Busca em 03 bases dados (Lilacs, PubMed, SciELO) |
| 16 | Estudo qualitativo | 20 profissionais de saúde | Entrevistas estruturadas |
| 17 | Revisão sistemática | 6 estudos selecionados | Busca eletrônica em 6 bases de dados: Medline/PubMed, Scopus, Lilacs, SciELO, Embase, and Web of Science databases. Google Scholar, OpenGrey, and OATD |
| 18 | Estudo qualitativo | 14 profissionais de saúde | Entrevista semiestruturada |

| N | Tipo estudo | Amostra | Instrumento de coleta |
|----|---|---------------------------|---|
| 19 | Revisão integrativa | 34 estudos selecionados | Busca em 04 bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, PubMed, CINAHL |
| 20 | Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa | 21 profissionais | Entrevista semiestruturada |
| 21 | Estudo teórico, do tipo integrativa, com uma abordagem qualitativa | 26 estudos selecionados | Buscas bases de dados: BVS, PUBMED, SciELO |
| 22 | Estudo qualitativo | 26 profissionais de saúde | Questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada |
| 23 | Estudo qualitativo, exploratória e embasada no levantamento de dados em campo | 6 profissionais de saúde | Questionário |

Fonte: elaboração própria, 2024.

Com relação aos instrumentos de coleta de dados, as entrevistas semiestruturadas foram as mais prevalentes (54%), seguidas de questionários (17%) e grupos focais (8,7%). As amostras variaram de 8 a 158 participantes. Os instrumentos foram aplicados com os profissionais da rede SUS e profissionais da rede intersetorial de enfrentamento da violência contra a mulher, predominando a sua aplicação com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

Quanto aos estudos de revisão (sistemática, integrativa e escopo), verificou-se a predominância das buscas no banco de dados da PubMed, com a utilização de 6 a 39 artigos.

No que se refere aos resultados, estes foram categorizados em três dimensões das competências, a saber: conhecimento, habilidade e atitude, que podem ser desenvolvidos ou aprimorados para que os profissionais ofertem uma assistência integral e eficaz às vítimas de violência sexual. Cada dimensão foi associada a um tipo de competência. O conhecimento como competência técnica está relacionado com o saber adquirido por meio de experiência ou capacitação profissional e conhecimentos específicos da profissão. A atitude como competência comportamental é descrita como trabalho em equipe, comunicação assertiva, resolutividade, proatividade, adaptabilidade e criatividade. Já a habilidade como competência funcional é compreendida como desenvolver ações intersetoriais, trabalhar de modo colaborativo, fortalecer políticas públicas.

A adoção da concepção da competência como categoria teórica decorre do fato de que esta permite a identificação e a análise dos atributos de aprendizagem adquiridos, os quais são fundamentais para realização de boas práticas assistenciais pelos profissionais de saúde, visando à resolutiva dos diversificados problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade, incluindo as questões sociais aos processos de adoecimento (Terra; Lima, 2023).

Quadro 6 – Identificação das competências nos resultados dos estudos com base nos componentes (n = 23)

| N | Resultados | Competências | Autores |
|----|--|--|---------------------------|
| 1 | Visão reducionista da violência delimitada ao dano físico, relacionada a fatores econômicos e culpabilização da vítima. | Técnica | Silva <i>et al.</i> |
| 2 | Os profissionais sentiram-se seguros e apoiados ao lidar com a violência doméstica contra mulher, porque o método HERA enfatizou papéis e ação coletiva dentro da equipe clínica. Desafios a implementação apoio gerencial com alocação de recursos, monitorando e avaliação; falta de apoio institucional na priorização do trabalho sobre violência doméstica; rotatividade de pessoal; falta de feedback dos serviços de apoio externos com relação aos casos; e práticas inconsistentes em relação à documentação da Violência doméstica. | Comportamental Funcional | Bacchus <i>et al.</i> |
| 3 | Os participantes declararam conhecimento prévio mínimo sobre violência e treinamento; necessidade de implementar recursos adequados e programas de formação específicos para superar esse problema dos enfermeiros e dos médicos do pronto-socorro. | Técnico Funcional | Almegewly <i>et al.</i> |
| 4 | Dificuldades dos profissionais da APS na identificação de casos, acolhimento, acompanhamento das vítimas, sentimento de medo. | Técnica | Nascimento <i>et al.</i> |
| 5 | Barreiras dos funcionários (falta de conhecimento e treinamento, falta tempo para realizar a triagem, falta de confiança da equipe, julgamento do cliente e falta de segurança e conforto para fazer perguntas relacionadas e esquecer dos funcionários), barreiras dos cliente e a cultura predominante na sociedade (tolerar e não denunciar a violência doméstica, medo do cônjuge devido ao alto poder dos homens na sociedade, medo de perder os filhos e a vida, e questões raciais e culturais) e barreiras da organização (falta de apoio necessário da organização, falta de financiamento da organização, falta de protocolo). | Técnica Comportamental Funcional | Purbarrar <i>et al.</i> |
| 6 | Conhecimento insuficiente sobre os serviços, resultando em dificuldades comunicativas e encaminhamentos equivocados. | Comportamental Funcional | Aguiar <i>et al.</i> |
| 7 | Percepção dos médicos do sexo masculino sobre a violência contra mulher baseada no modelo patriarcal. | Técnica | Silva, Mesquita e Campelo |
| 8 | Fragilidades da prática profissional, medo ou (des)conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem. | Técnica | Gomes <i>et al.</i> |
| 9 | Visão limitada dos profissionais sobre a violência contra mulher, pouco conhecimento sobre o tema e serviços de atendimento vítima considerado uma barreira na identificação e no manejo dos casos. | Técnica Funcional | Conceição e Madeiro |
| 10 | Modelo teórico-explicativo do fenômeno permitiu a compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais aos cuidados ofertados à mulher em situação de violência. | Funcional | Carneiro <i>et al.</i> |

| N | Resultados | Competências | Autores |
|----|--|--|------------------------------|
| 11 | A questão da violência um desafio para os profissionais que se sentem despreparados para lidar com as necessidades de cuidados às vítimas, ausência de qualificações e ferramentas como protocolos. | Técnica Funcional | Miranda <i>et al.</i> |
| 12 | Profissionais sabem identificar os tipos de violência doméstica, mas necessitam de maior sensibilização para acolher, identificar e notificar casos. | Técnica Funcional | Odorcik <i>et al.</i> |
| 13 | Desafios da articulação em rede, formação profissional, comunicação intersetorial e interface entre serviços de saúde, social e educação. | Comportamental Funcional | Souza, Peres e Mafioletti |
| 14 | Os colaboradores percebem a violência contra as mulheres, significados atribuídos pelos mesmos, dificuldade na abordagem visto que as mulheres têm medo de revelar. | Técnica | Silva e Ribeiro |
| 15 | Dificuldades na identificação do problema e manejo, ausência de treinamento, trabalho em equipe, rede intersetorial, medo, falta de tempo. | Técnica Comportamental Funcional | d'Oliveira <i>et al.</i> |
| 16 | Escuta atenta e sensível e trabalho em equipe e intersetorial. Falta de habilidade e ausência protocolo para nortear as ações dos profissionais diante da identificação da violência. | Comportamental Funcional | Costa <i>et al.</i> |
| 17 | A evidente disparidade entre os estudos mostra que alguns profissionais têm resultados abaixo do ideal conhecimento e requerem treinamento para adotar a atitude correta na identificação de mulheres vítimas de violência doméstica na prática clínica. | Técnica Comportamental Funcional | Nascimento <i>et al.</i> |
| 18 | Disposição atitudinal para atender as vítimas e aprender com relatar os casos; falta de preparo dos profissionais para notificar, dificuldade em entender notificação e denúncia. | Técnica Funcional | Leite e Fontanella |
| 19 | Rede de atendimento, trabalho em equipe, profissional de saúde na rede de atendimento, capacitação e treinamento, integralidade, protocolos, serviços, acesso aos serviços e apoio dos gestores; organizadas em potencialidades, demandas e fragilidades. | Técnica Comportamental Funcional | Trentin <i>et al.</i> |
| 20 | Experiência profissional, ambiente receptivo, criar vínculos e ouvir relatos de mulheres, crianças e/ou vizinhos e observar seu comportamento; identificar as lesões; consultas pré-natais; e visitas domiciliares. Limitações: silêncio, negação/não reconhecimento da violência, falta de denúncias das vítimas; medo e culpa; falhas e despreparo da equipe de saúde; e medo pela presença do agressor. | Técnica Comportamental Funcional | Arboit, Padoin e Vieira |
| 21 | Dificuldade na identificação e na abordagem; uso do acolhimento na busca e na escuta ativa como ferramenta para melhor proporcionar o vínculo com as vítimas. | Técnica | Leite <i>et al.</i> |
| 22 | Dificuldade de em reconhecer tipos de violência, visão preconceituosa em relação à mulher, desconhecimento da rede e das legislações. | Técnica Funcional | Arboit, Padoin e Vieira |
| 23 | A atuação da (o) enfermeira(o) perpassa pela escuta ativa, ações de promoção e prevenção, o empoderamento aos direitos das usuárias, a notificação do agravo e o diálogo com os demais | Comportamental Funcional | Tracz, Gonçalves e Marcovicz |

| N | Resultados | Competências | Autores |
|---|---|--------------|---------|
| | serviços disponíveis na rede. Sendo necessárias melhorias nas políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, qualificação dos profissionais enfermeiros(as) e diretrizes para a APS focadas nessa temática. | | |

Fonte: elaboração própria, 2024.

Observou-se que, dos estudos selecionados, 43% evidenciaram as três dimensões de competências necessárias. A competência técnica foi a de maior ocorrência nos estudos com 78%, seguida das competências comportamental e funcional com 74% cada uma delas.

DISCUSSÃO

Na competência técnica, 17 estudos (Almegewly *et al.*, 2022; Conceição; Madeiro, 2022; Nascimento *et al.*, 2019; Leite; Fontanella, 2019; Leite *et al.*, 2022; Lira; Castro, 2022; Miranda *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2024; Purbarrar *et al.*, 2023; d'Oliveira *et al.*, 2020) evidenciaram conhecimento prévio ou totalmente inexistente; despreparos para identificar, desqualificados para prestar assistência às mulheres vítimas de violência sexual, desconhecimento do total; sentimentos de medo e insegurança. Também identificaram visão reducionista e patriarcal.

Esses achados apontam para necessidade de aprimoramento dos profissionais; qualificação e treinamento para identificação, manejo, abordagem e acolhimento das vítimas, acompanhamento, registro das notificações dos casos, superação do medo, estigma e preconceito para prestação de assistência e cuidado integral às vítimas. Além disso, orientações sobre a responsabilidade ética quanto ao sigilo e privacidade das informações.

Na competência comportamental, 10 estudos (Arboit; Padoin; Vieira, 2020; Aguiar *et al.*, 2023; Bacchus *et al.*, 2023; Costa *et al.*, 2019; d'Oliveira *et al.*, 2020; Purbarrar *et al.*, 2023; Souza; Peres; Mafioletti, 2020; Tracz; Gonçalves; Marcovicz, 2022) identificaram a existência do trabalho em equipe, métodos de qualificação que subsidiaram a equipe no trato da temática. Também acharam fragilidade na comunicação, confiabilidade entre integrantes da equipe de trabalho, alta rotatividade de pessoal comprometendo a atenção integral a essas mulheres.

Contudo, apresentaram caminhos para o desenvolvimento dessa competência, a partir da qualificação da equipe com enfoque na clarificação dos papéis e do processo de trabalho da equipe; na ação e interação dos profissionais de saúde com as vítimas, baseada na sua práxis por meio de escuta sensível e acolhedora, e com outros setores, de forma a atender às demandas

e contribuir para o empoderamento das mulheres, propiciando o rompimento da relação violenta.

Outrossim, a respeito das competências funcionais, 17 estudos (Arboit; Padoin; Vieira, 2020; Aguiar *et al.*, 2023; Almegewly *et al.*, 2022; Bacchus *et al.*, 2023; Carneiro *et al.*, 2022; Conceição; Madeiro, 2022; Costa *et al.*, 2019; d'Oliveira *et al.*, 2020; Leite; Fontanella, 2019; Miranda *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2024; Odorcik *et al.*, 2021; Purbarrar *et al.*, 2023; Souza; Peres; Mafioletti, 2020; Tracz; Gonçalves; Marcovicz, 2022; Trentin *et al.*, 2019) identificaram a falta de apoio institucional na priorização do trabalho sobre violência doméstica; falta de financiamento para a organização da atenção à saúde às vítimas; ausência de protocolo; inexistência de monitoramento e avaliação dos casos; falta de *feedback* dos serviços de apoio externos com relação aos casos; desconhecimento dos serviços, resultando em dificuldade comunicativas e encaminhamentos equivocados.

Esses estudos mostraram que os profissionais reconhecem as diferentes possibilidades para condução dos casos, porém sinalizam a necessidade da construção de política pública compartilhada, envolvendo a gestão na aplicabilidade da condução dos casos, tendo em vista a fragmentação da organização do cuidado às vítimas, a elaboração e a implantação de protocolos e fluxos, a realização de monitoramento e avaliação, o fortalecimento da articulação intersetorial.

Comparando as competências (quadro 6) e os objetivos dos estudos (quadro 4), percebe-se que as abordagens mais apontadas foram: percepção, atitude e atuação dos profissionais; conhecimento e identificação da situação de violência; desafios, potencialidades, limitações e obstáculos na assistência às vítimas; estratégias para implementação da atenção.

Os estudos mostram a indicação de estratégias de educação para o desenvolvimento de competências vinculadas ao processo de cuidado às mulheres vítimas de violência sexual, na perspectiva da organização da atenção; promoção do cuidado centrado na pessoa; comunicação assertiva; articulação intra e intersetorial; planejamento de ações resolutivas; tomada de decisão; compartilhamento dos saberes; respeito a autonomia da vítima; realização de procedimentos de forma segura e resolutiva; escuta qualificada, compartilhamento do cuidado, construção de ferramentas que orientem o cuidado; monitoramento e avaliação dos casos.

Nesse sentido, a qualificação e a transformação das práticas de cuidado em saúde nas ações e serviços, com ênfase no fortalecimento dos profissionais e usuários, por meio estratégias de educação, resultam em uma assistência potente no enfrentamento da complexidade da temática da violência sexual (Souza; Peres; Mafioletti, 2020).

CONCLUSÃO

Os estudos apontaram as equipes da APS com grande potencialidade para o cuidado de mulheres em situação de violência. Além disso, destacaram a necessidade da oferta de estratégias de educação permanente sobre o tema, visando à superação das dificuldades na identificação e no cuidado às vítimas e suas famílias pela equipe. Também mostraram que não existem competências específicas às vítimas, mas evidenciaram a necessidade de caminhos a serem trilhados na qualificação dos profissionais e na implementação de ações estruturantes para a garantia de uma atenção integral e intersetorial a elas.

Os resultados apresentados nesta análise não podem ser generalizados, pois foram identificados nos limites estabelecidos para a amostragem de estudos. Isso foi denotado em virtude da escassez de pesquisas relacionadas com a atuação dos profissionais de saúde na atenção especializada, como hospitais, UPA, Caps, entre outros.

Nesse sentido, faz-se essencial a realização de mais estudos que possam aprofundar as competências necessárias dos profissionais na assistência à saúde das mulheres vítima de violência sexual que atuam na atenção especializada.

Dessa forma, esta RI identifica resultados relevantes para reflexão de profissionais e gestores, contribuindo para o preenchimento de lacunas no campo científico sobre as competências necessárias dos profissionais na atenção às mulheres vítimas de violência sexual. Outrossim, fornece subsídios para planejamento e desenvolvimento de ações de EPS que contribuam para o processo de trabalho da equipe no aprimoramento do cuidado às mulheres vítimas de violência sexual.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. *et al.* Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. e220266pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023220266pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

ALMEGEWLY, W. H. *et al.* Measuring nurses' and physicians' attitudes and perceptions of the appropriate interventions towards intimate partner violence in Saudi Arabia. **Healthcare**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. 1430, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10081430>. Acesso em: 15 set. 2024.

ARBOIT, J; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B. Violence against women in primary health care: potentialities and limitations to identification. **Atencion primaria**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 14-21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>. Acesso em: 15 set. 2024.

BACCHUS, L. J. *et al.* An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. **BMC Primary Care**, v. 24, n. 1, p. 198, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 38, p. 85-90, 26 fev. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. **Brasília**: Ministério da Saúde; 2010.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Modelo teórico explicativo do cuidado à mulher em situação de violência na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 31, p. e20200639, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0639>. Acesso em: 15 set. 2024.

CONCEIÇÃO, H. N.; MADEIRO, A. P. Profissionais de saúde da Atenção Primária e violência contra a mulher: revisão sistemática. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, p. e378541, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37854>. Acesso em: 15 set. 2024.

CORDEIRO *et al.*, Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir.** 2007;34(6):428-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>

COSTA, M. C. *et al.* Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 32, p. 1-10, 2019.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190164, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190164>. Acesso em: 15 set. 2024.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 667-674, jul. 2012.

FREITAS, C. C. *et al.* Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e210573, 2022.

- GOMES, R. M. *et al.* Cuidados de enfermeiras à mulher em situação de violência doméstica: revisão integrativa. **Nursing**, [s. l.], v. 25, n. 294, p. 8982-8991, 2022.
- JESUS, G. R. *et al.* Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year Experience. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 47-54, 2022. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35092959/>. Acesso em: 15 set. 2024.
- LEITE, A. C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059). Acesso em: 15 set. 2024.
- LEITE, P. M. G. *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção básica à mulher vítima de violência doméstica: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. e39911326728, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26728>. Acesso em: 15 set. 2024.
- LEMOS, FM, SILVA GGA. Educação Permanente em Saúde: o estado da arte. **RIPS**. 2018;1(3):207-13. DOI: [10.17058/rips.v1i3.12867](https://doi.org/10.17058/rips.v1i3.12867)
- LIMA, A. S.; FREITAS JÚNIOR, R. A. O. Competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. e004, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2022-035>. Acesso em: 15 set. 2024.
- LIMA, C. S. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher vítima de violência no Brasil. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. e40310111861, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11861>. Acesso em: 15 set. 2024.
- LIRA, K. F. S.; CASTRO, R. V. A. Percepções de profissionais da saúde sobre violência contra as mulheres. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 107-122, 2022. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2177-093x2022000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.
- MACHADO; FREITAG, Nursing care for a woman victim of sexual violence: a integrative literature review. **Res, Soc Dev**. 2021;10(2):e33210212595. DOI: [10.33448/rsd-v10i2.12595](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12595). Acesso em: 15 set. 2024.
- MIRANDA, A. P. C. *et al.* Violência contra a mulher: percepções de profissionais da saúde de uma maternidade. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 25, p. e-1390, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210038>. Acesso em: 15 set. 2024.
- NASCIMENTO, C. T. J. S. *et al.* Knowledge and attitudes of rural healthcare providers regarding domestic violence against women: a systematic review. **São Paulo Medical Journal**, v. 142, n. 3, p. e2022682, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2022.0682.r1.180723>. Acesso em: 15 set. 2024.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 15-22, 2019.

ODORCIK, B. *et al.* Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de covid-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. 1-19, 2021.

PURBARRAR, F. *et al.* A review of the challenges of screening for domestic violence against women from the perspective of health professionals. **Journal of Education and Health Promotion**, [s. l.], v. 12, p. 183, 2023.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

SHIMIZU HE, FRAGELLI TBO. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Educ Med**. 2016;40(2):216-25. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e02702014. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA, A. S. B. *et al.* Perceptions of primary health care workers regarding violence against women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210097, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0097>. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA, J. J. M.; MESQUITA, E. M.; CAMPELO, V. PERCEPÇÃO dos médicos da família sobre a violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 11, n. 1, p. e946, 2022.

SILVA, V. G.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. e20190371, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400216&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUZA, M. A.; PERES, A. M.; MAFIOLETTI, T. M. Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 2, p. e20003, 2020.

TERRA, M. F.; LIMA, D. B. Competências na formação em saúde a partir da assistência às mulheres em situação de violência na extensão universitária. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. e33068, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333068>. Acesso em: 15 set. 2024.

TRACZ, R, GONÇALVES, A. F.; MARKOWICZ, G. V. Atuação do(a) enfermeiro(a) à mulheres vítimas de violências. **Revista Recien**, São Paulo, v. 12, n. 39, p. 3-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.3-12>. Acesso em: 15 set. 2024.

TRENTIN, D. *et al.* Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. e20180324, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/x9bjmhfhk7vr5v4kptcptgz/?format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

3.2 ARTIGO 2

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS AND MANAGERS IN A MUNICIPALITY IN NORTHEASTERN BRAZIL REGARDING HEALTH CARE FOR WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES Y GERENTES DE SALUD DE UN MUNICIPIO DEL NORESTE DE BRASIL SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo, multifatorial, histórico e de alta prevalência no Brasil e no mundo, a qual afeta a vida das pessoas de todas as classes sociais, grupos étnicos e ciclos de vida e gênero (Leite *et al.*, 2021).

No tocante à violência contra a mulher, trata-se de uma manifestação perversa da desigualdade de gênero, configurando-se como um dos mais graves problemas de saúde pública, violação dos direitos humanos, com elevada magnitude e impacto na saúde das mulheres, das suas famílias e no Sistema Único de Saúde (SUS) (Conceição; Madeiro, 2022; Leite *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 35% das mulheres no mundo sofrem algum tipo de violência por seu parceiro ou ex-parceiro, familiar ou conhecido durante a vida, principalmente no ambiente doméstico. Muitas dessas vítimas não prestam queixa por medo e dependência financeira do agressor, receio de sofrer julgamentos da sociedade, não buscam apoio na rede, entre outras razões – ou se o fazem, são ameaçadas pelo agressor, permanecendo no silêncio do ambiente familiar (Conceição; Madeiro, 2022).

Esse cenário mostra a invisibilidade dos casos de violência contra mulher, uma vez que não são registrados em boletim de ocorrência ou notificados no Sinan.

No Brasil, a violência contra a mulher passou ter maior visibilidade após a aprovação da Lei nº 11.340, de 7 agosto de 2006, intitulada como a Lei “Lei Maria da Penha” (Brasil, 2006), um marco legal que tem a finalidade de coibir a violência, sendo instrumento de intervenção e implementação de políticas públicas no enfrentamento desse problema em consonância com as legislações internacionais. A referida lei define as formas de violência como física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021; Conceição; Madeiro, 2022).

Dentre os tipos de violência, destaca-se a violência sexual, que é a mais invisível, sendo então a violação dos direitos humanos mais praticada e menos reconhecida em todo mundo. Esta é definida como qualquer ato por meio da tentativa ou execução de um ato sexual forçado, sem consentimento da vítima; de importunações sexual indesejáveis; do uso da coerção para obter vantagens sexuais e do assédio sexual, em qualquer ambiente, doméstico e de trabalho (Jesus *et al.*, 2022; Viana *et al.*, 2021).

A violência sexual vem apresentando crescimento significativo no Brasil, principalmente com relação às pessoas do sexo feminino e negras (pretas e pardas). Os dados de 2022 consolidados no Anuário de Segurança Pública mostraram que 88,7% dos casos de violência sexual foram com pessoas do sexo feminino, e que dessas, 56,8% eram pretas ou pardas (Brasil, 2023). O Sinan do MS registrou um total de 389.171 pessoas vítimas de violência sexual no ano 2022, sendo 71,5% das vítimas do sexo feminino e na faixa etária de 15 a 60 e mais anos de idade (Brasil, 2023).

A PNS 2019 realizada pelo IBGE em parceria com MS e a FIOCRUZ, sobre a violência em pessoas com idade igual ou maior de 18 anos, domiciliadas nas Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas, Capitais e municípios, mostrou número significativo de casos de violências na população dessa faixa etária na Região Nordeste (IBGE, 2020; Pinto; Silva, 2022).

Com relação à violência sexual na população de adultos maiores de 18 anos no Brasil, os dados revelaram que as mulheres na faixa etária de 18 a 29 anos, pretas/partas ou indígenas, solteiras, com educação formal incompleta e que ganham até meio salário mínimo apresentam uma prevalência mais elevada (IBGE, 2020; Pinto; Silva, 2022).

A relevância dos dados sobre a violência sexual se dá pela alta prevalência de casos, o que demonstra a necessidade de intervenções para o enfrentamento do problema de forma a viabilizar atenção e cuidado integral e intersetorial às vítimas e suas famílias.

No âmbito da saúde, o atendimento à mulher vítima de violência sexual está coberto pelo SUS. Normativas ministeriais foram publicadas com a finalidade de diminuir os agravos gerados pela violência, como: prevenção e tratamento de Infecções IST, disponibilização de insumos e contraceptivo, assistência multiprofissional, entre outras ofertas.

Estudos apontam que a exposição a esse agravo tem levado as mulheres vítimas de violência sexual a procurar, geralmente, os serviços de saúde por serem espaços privilegiados para atender suas necessidades, mediante acolhimento humanizado, tratamento e intervenções em tempo oportuno, conforme os protocolos ministeriais, e referenciando para outros serviços quando necessário (Conceição; Madeiro 2022; Jesus *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2021).

Nesse sentido, os profissionais precisam estar capacitados para viabilizar uma assistência humanizada, por meio de acolhimento contínuo, respeitoso, escuta qualificada, estabelecendo vínculos, identificando possíveis riscos à saúde e integridade das mulheres, viabilizando acompanhamento longitudinal e articulando com outros serviços de forma a atender às necessidades delas (Conceição; Madeiro 2022; Jesus *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2021).

A magnitude, a multiplicidade e a complexidade do fenômeno da violência sexual são um desafio no campo da saúde coletiva no que se refere à invisibilidade decorrente da notória subnotificação, ao perfil das mulheres violentadas, às consequências físicas e psicológicas para as vítimas, como transtornos de ansiedade, depressão e abuso de substâncias, gravidez indesejada e IST (Conceição; Madeiro, 2022; Prado *et al.*, 2022; Ribeiro; Schuelter-Trevisol, 2021; Trentin *et al.*, 2019; Viana *et.al*, 2021).

Ainda nesse contexto, há a necessidade de intervenções que requerem políticas públicas integradas e sistêmicas para o enfrentamento desse problema social e de saúde de forma a viabilizar a ampliação e a organização da oferta de serviços, bem como a construção de alianças para implementação de ações, evitando longas peregrinações, estigmas e preconceitos, mediante ações intersetoriais (Conceição; Madeiro, 2022; Prado *et al.*, 2022; Ribeiro; Schuelter-Trevisol, 2021; Trentin *et al.*, 2019; Viana *et.al*, 2021).

No tocante à atenção às vítimas de violência sexual, pesquisas indicam que a desorganização da atenção resulta na fragmentação do cuidado, levando as mulheres a uma busca frequente por serviços e a atrasos nas intervenções. Isso dificulta a identificação do perfil das vítimas e contribui para a subnotificação dos casos. Adicionalmente, a falta de fluxos bem definidos e a fragilidade nas articulações, tanto internas quanto entre setores, são evidentes. A escassez de processos contínuos de capacitação para profissionais e gestores também resulta na falta de visibilidade do assunto no âmbito da saúde (Branco *et al.*, 2020; Conceição Madeiro, 2022; d'Oliveira *et al.*, 2020; Gomes *et al.*, 2022; Trentin *et al.*, 2019; 2020; Viana *et al.*, 2021).

Diante da fragmentação dos sistemas de saúde nos diversos países, a OPAS publicou documento recomendando as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a superação, tendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como resposta à crise dos sistemas de saúde. Ela definiu a RAS como arranjos organizativos a partir de um conjunto de serviços de saúde que prestam atenção integral e equânime para uma população adstrita (OPAS, 2011). Além disso, apresentou como atributos das RAS: modelo de atenção; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de recursos financeiros e incentivos. Outrossim, estabeleceu os três elementos básicos: população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (Mendes, 2010).

Para Mendes (2010), as RAS são um modelo gestão de política social que tem como princípio a efetivação do trabalho na lógica de rede, tendo a vinculação de serviços com missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto, organizada mediante serviços de saúde que ofertam atenção contínua e integral a uma população. Assim, nas RAS, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, ofertando uma atenção integral com intervenções preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas (Mendes, 2010).

Ainda segundo Mendes (2010), o documento da OPAS e as literaturas nacional e internacional têm mostrado evidências acerca dos resultados positivos, como: melhora na qualidade clínica, satisfação dos usuários, redução da fragmentação da atenção, melhora na eficiência do sistema, melhora na utilização dos custos das unidades, redução na hospitalização, na utilização excessiva de serviços e exames, tempo de internação e oferta equilibrada de atenção geral e especializada, acesso aos serviços nos diferentes níveis de atenção (Mendes, 2010).

Posto isso, é necessário entender como os gestores e os profissionais da saúde compreendem, pensam e atuam no enfrentamento da violência sexual no tocante ao cuidado às vítimas e suas famílias; na integração da atenção no território; na articulação entre diferentes setores que se complementam e dispõem de atores sociais com saberes, poderes e vontades diversificados; na oferta e monitoramento dos serviços; na informação e comunicação para sociedade; e nas ações de educação permanente para profissionais (Prado *et al.*, 2022).

O presente estudo teve como objetivo analisar a organização da atenção à saúde as mulheres vítimas de violência sexual, identificando as vítimas e o conceito de violência sexual a partir da percepção de gestores e trabalhadores de saúde de um município da região Nordeste.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa sobre a percepção dos profissionais e gestores de saúde sobre a atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual de um município da região Nordeste, com população estimada de 300 mil habitantes, sendo 50,36% do sexo feminino, com 146 registros de violência sexual no período de 2018 a 2023.

Neste estudo, buscou-se compreender como se configura a atenção às vítimas de violência sexual a partir das falas dos profissionais e gestores da saúde, utilizando um *software* como ferramenta de apoio ao processamento de dados na pesquisa qualitativa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade brasileira pública, com parecer nº 6323.659/2023, CAAE 73871323.0.0000.0057, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2023 a abril de 2024. Inicialmente, foi realizado contato com setor responsável pela atenção à saúde da mulher do município estudado que disponibilizou alguns documentos institucionais e indicou informantes-chave da gestão e da assistência a serem entrevistados.

O contato com os participantes indicados foi por telefone e via WhatsApp, com posterior agendamento da data e horário para a entrevista, de acordo com a disponibilidade dos participantes, no local de trabalho e garantindo privacidade. A ordem do processo de coleta de dados foi flexível e de acordo com a situação de cada local e as possibilidades apresentadas pelos participantes.

A técnica utilizada para a produção foi a entrevista semiestruturada, a qual possibilita o diálogo profundo da realidade, permitindo a expressão do sujeito sobre o fenômeno em estudo. Para isso, foi aplicado um roteiro de entrevista com questões abertas que contemplavam informações relacionadas com o perfil dos participantes, a percepção sobre o objeto de estudo, a atenção às mulheres em situação de violência sexual nas dimensões política, planejamento, gestão, prestação de serviço, acesso/integralidade, monitoramento e avaliação, intersetorialidade e condicionantes pessoais.

Todas as entrevistas foram registradas no gravador de voz digital MT-556 após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes; a duração média foi de 30 a 40 minutos, sendo a de menor duração com 23 minutos, e a mais extensa, com 52 minutos.

Para transcrição, foi utilizado o Transkriptor, que é um *software* de transcrição *online* que converte áudio em texto usando Inteligência Artificial (IA), com custo de transcrição de 300 minutos/mês.

A escolha dos sujeitos da pesquisa teve como critério de elegibilidade compor a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde responsável pelas políticas voltadas à saúde da mulher e profissionais de saúde que trabalham em unidades que assistam mulheres vítima de violência sexual. Participaram da pesquisa 14 sujeitos, sendo 6 gestores e 8 profissionais reconhecidos por serem referência na rede. A identificação de tais sujeitos se deu a partir da técnica “bola de neve”.

Para além dos nomes indicados na fase de aproximação, durante as entrevistas, os participantes sugeriram outros informantes-chave, técnica denominada “bola de neve”. O recorte empírico do estudo foi definido pelo critério de saturação dos dados, ou seja, repetição das informações e indicação dos novos sujeitos

A fim de manter o anonimato dos participantes, as entrevistas seguiram a seguinte codificação: (P) Profissional e (G) Gestor, seguido do número arábico relacionado com a ordem sequencial de realização das entrevistas.

Para análise do *corpus*, utilizou-se o *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) como ferramenta de processamento de dados qualitativos que realiza codificação, organização e separação das informações, permitindo a localização de forma rápida de todo o Segmento de Texto (ST) utilizado na escrita qualitativa (Souza *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

Esse *software* é gratuito e aceita diferentes tipos de textos, a exemplo da entrevista semiestruturada. O processamento dos dados iniciou com a realização da revisão da transcrição das entrevistas aplicadas para obtenção do *corpus* textual, que é o conjunto de textos, de Unidade de Conteúdo Inicial.

O conteúdo do *corpus* textual contém tópicos do roteiro de entrevista semiestruturada sobre violência contra mulher; consequências da violência sexual na saúde das mulheres; atenção às mulheres em situação violência sexual nas dimensões política, planejamento e gestão, na prestação de serviços, no acesso e integralidade, no monitoramento e na avaliação, na intersetorialidade; na qualificação dos profissionais.

A padronização do *corpus* textual seguiu as recomendações do *software*: exclusão das perguntas, textos organizados em um único arquivo, cada texto separado por uma linha de comando com uma variável para cada entrevistado e com variáveis significativas de interesse do estudo. Para esta análise, foi utilizada a seguinte linha de comando: quatro asteriscos, espaço,

um asterisco, variável Entrev, *underline*, numeração, espaço, um asterisco, variável G ou P, *underline*, numeração. O processamento do *corpus* foi realizado em 23 segundos, e foram classificados 1.262 segmentos de texto em 4 classes, dos quais 80,98% (1.022) foram aproveitadas do total do *corpus* (Souza *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

Após identificação dessas estatísticas, o *corpus* textual foi analisado no *software* por intermédio do Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), também conhecido como Método de *Reinert*, que realiza processamento e agrupamento das ocorrências de acordo com a frequência do radical lexical, identificando as palavras coincidentes e a conectividade entre os termos e apresentando a estrutura do *corpus* textual. Essa análise foi formatada em um dendrograma pelo *software* constituído de quatro classes do *corpus*, cada uma com cor diferenciada que permitiu visualizar as palavras que obtiveram maior porcentagem quanto à frequência média entre si e diferente entre elas, identificar padrões e temas comuns nos textos e facilitar a análise e interpretação (Souza *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

Para definição dos critérios do estudo do *corpus* no CHD, utilizou-se a aba PERFIS que tem informações separadas para cada classe de palavras das formas ativas: total do ST, deste na classe e no *corpus*; percentual de ocorrência; o valor do qui-quadrado; o nível de significância da associação da palavra com a classe. Considerando o referencial $p > 0,001$ da significância, ou seja, nível de importância da palavra na construção do sentido, realizou-se a exploração das palavras com maior frequência de ST de cada classe, por meio da concordância com objetivo de analisá-las na totalidade do *corpus*.

Ao final, foi realizada a interpretação dos resultados da CHD fornecida pelo *software* que possibilitou, a partir da identificação das palavras comuns entre os entrevistados, denominar as categorias para cada classe com base na abordagem da pesquisa qualitativa e no estudo por dois pesquisadores para evitar o risco de viés (Souza *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

A análise do processamento dos dados das entrevistas realizadas no município estudado com apoio do *software* IRaMuTeQ possibilitou compreender as dificuldades dos profissionais e gestores na atenção às mulheres vítimas de violência sexual, identificando as dificuldades dos profissionais e gestores, bem como a necessidade do desenvolvimento das competências para realização de boas práticas assistenciais pelos profissionais de saúde na perspectiva da resolutiva dos diversos problemas de saúde da vítima decorrentes da violência, evidenciadas nos estudos da revisão integrativa.

RESULTADO E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram deste estudo 14 trabalhadores, dos quais 6 desempenham a função gestora e 8 em serviços de saúde da rede municipal. Quanto à formação, a grande maioria dos participantes era de enfermeiras (71%), do sexo feminino (93%), estatutários (86%) e com idade entre 33 e 50 anos (Quadro 7).

Quadro 7 – Perfil dos participantes da pesquisa

| Nº | Cargo | Formação | Sexo | Idade | Vínculo |
|----|--------------|-----------------------|-----------|-------|-------------|
| 01 | Gestor | Enfermeira | Feminino | 48 | Estatutária |
| 02 | Gestor | Enfermeira | Feminino | 36 | Estatutária |
| 03 | Gestor | Terapeuta Ocupacional | Feminino | 42 | Estatutária |
| 04 | Profissional | Enfermeira | Feminino | 33 | CLT |
| 05 | Profissional | Assistente Social | Feminino | 49 | CLT |
| 06 | Gestor | Enfermeira | Feminino | 41 | Estatutária |
| 07 | Profissional | Psicólogo | Masculino | 46 | Estatutária |
| 08 | Profissional | Médica | Feminino | 50 | Estatutária |
| 09 | Gestor | Enfermeira | Feminino | 43 | Estatutária |
| 10 | Profissional | Enfermeira | Feminino | 42 | Estatutária |
| 11 | Profissional | Enfermeira | Feminino | 37 | Estatutária |
| 12 | Gestor | Enfermeira | Feminino | 42 | Estatutária |
| 13 | Profissional | Enfermeira | Feminino | 39 | Estatutária |
| 14 | Profissional | Enfermeira | Feminino | 41 | Estatutária |

Fonte: elaboração própria com base nas entrevistas realizadas. CLT: Consolidação das Leis do Trabalho.

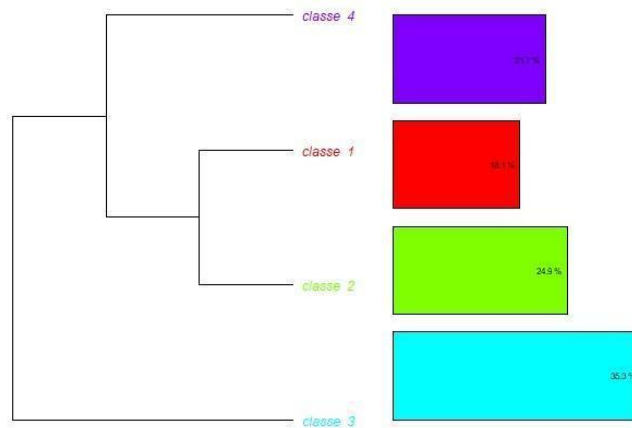
ACHADOS DO *CORPUS* TEXTUAL

O *corpus* textual foi construído por 14 textos, classificados em 1.262 ST em 23 segundos. Destes, foram selecionados 1.022, correspondendo a 80,98% do total de ST analisados por meio da CHD. Considera-se um bom aproveitamento dos ST de classe quando o índice é igual ou superior a 75% (Souza *et al.*, 2018; Sousa *et al.*, 2020).

A partir da análise da CHD, o *corpus* foi dividido em duas partições: uma divisão com uma classe e a outra subdividindo em duas classes, resultando num total de quatro classes de palavras. A classe 3 obteve 35,3% dos ST com 20 palavras de formas ativas com maior nível

de significância ($p < 0,0001$); a classe 2 alcançou 24,9% e teve 22 palavras com maior significância; a classe 4 apresentou 21,7% com um quantitativo de 40 palavras com $p < 0,0001$; por fim, a classe 1 com 18,1%, de frequência dos ST com 31 palavras de maior significância, conforme o dendrograma abaixo (Figura 2).

Figura 2 – Dendrograma Horizontal da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* textual obtidos na análise do *software* IRaMuTeQ

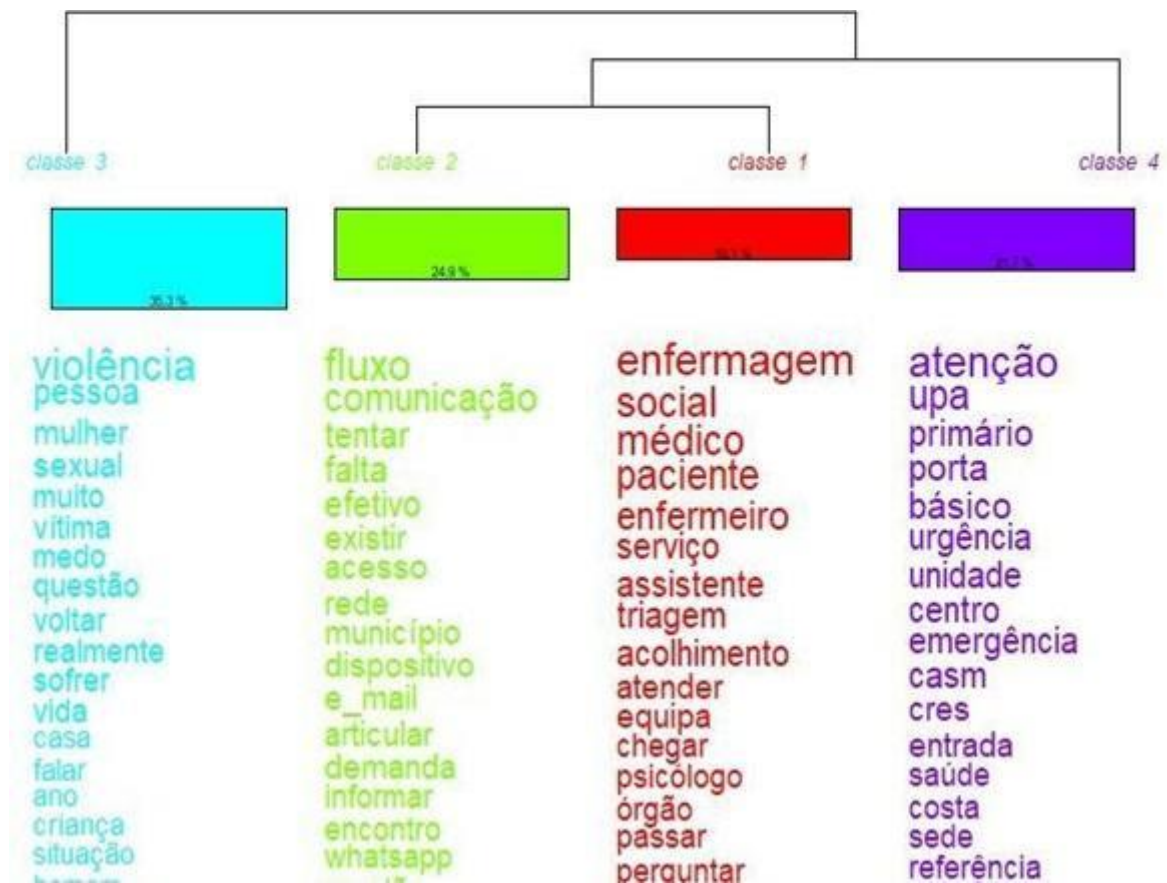


Fonte: análise do *software* IRaMuTeQ com base nas entrevistas realizadas.

Com base no dendrograma horizontal e o objeto de estudo, os pesquisadores nomearam as classes em categorias no sentido léxico, ou seja, classificação das palavras de acordo com o sentido, junção dos sinônimos e proximidade dos sentidos (Bardin, 2016). Assim, as categorias das classes foram denominadas de: classe 3 – Conceito de violência e o perfil das vítimas (35,3%); classe 2 – Integração entre os serviços (24,9%); classe 4 – Organização da atenção (21,7%); classe 1 – Acolhimento pela equipe de saúde (18,1%).

O passo seguinte foi a realização da análise dos discursos dos profissionais e gestores no cuidado à mulher vítima de violência sexual, identificando as potencialidades e as fragilidades, considerando os critérios estabelecidos no nível de importância da palavra na construção do sentido e as palavras com maior frequência de ST de cada classe, por intermédio da concordância na aba PERFIS do *software*. Na Figura 3 do dendrograma, é possível identificar as palavras na forma ativa no *corpus* textual de maior significância.

Figura 3 – Dendrograma das palavras na forma ativa da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *corpus* textual obtidos na análise do *software* IRaMuTeQ



Fonte: análise do *software* IRaMuTeQ com base nas entrevistas realizadas.

Na leitura da classe 3 (35, 3%), Conceito de violência e o perfil das vítimas, no dendrograma da Figura 2 e os critérios estabelecidos, mediante o uso da concordância na aba PERFIS do *software*, identificou-se que as palavras “mulher” (167) e “violência” (150) foram as que apresentaram maior frequência.

Desse modo, a percepção dos profissionais e gestores sobre o que é violência foram assim expressadas:

[...] a violência contra a mulher é todo agravo físico ou psicológico ou alguma consequência social que a prejudique no seu bem-estar físico e emocional como ela vai desenvolver sua vida como vai poder desenvolver no trabalho ou nas suas tarefas como de família [...]. **** *Entrev_1 *G_1

[...] acredito que seja qualquer ato praticado contra a mulher não só físico, mas também psicológico patrimonial qualquer situação que deixe uma mulher vulnerável ou que provoque alguma situação em que a mulher se sinta inferior ou diminuída não só fisicamente, mas psicologicamente também eu acredito que para além das consequências como as doenças as infecções sexualmente [...]. **** *Entrev_13 *P_2

A percepção dos sujeitos do estudo se coaduna com as definições sobre a violência contra as mulheres enquanto uma violação dos seus direitos humanos, um grave problema de saúde pública, não só pelos dados epidemiológicos, mas também pelas consequências para a vida dessas mulheres com relação às sequelas físicas e mentais, e até a morte. Isso evidencia a compreensão destes sobre o conceito da violência contra mulher, os diversos tipos e o quanto essa é uma contravenção aos direitos da mulher (Silva; Ribeiro, 2020).

No que se refere ao perfil das vítimas, os participantes descreveram como sendo de mulheres pretas, jovens, pobres residentes em territórios de violência, vulneráveis, em situação de rua e usuária de substâncias psicoativas, vinculadas a programas de benefícios socioassistenciais.

[...] de algum programa de distribuição de renda geralmente mulheres pretas e jovens também faixa etária entre vinte e trinta anos geralmente, na minha experiência que pude perceber é o parceiro mesmo ou nem sempre casados oficializados de convívio juntos [...]. **** *Entrev_13 *P_2

Também destacaram que todas as mulheres de qualquer classe social, raça/cor, idade estão sujeitas a esse problema em uma sociedade machista, misógina e homofóbica.

[...] então é a nossa sociedade machista que acaba criando esse perfil, mas qualquer mulher seja ela de qualquer raça de qualquer classe econômica estando em qualquer ambiente social qualquer mulher pode ser vítima de violência sexual [...] **** *Entrev_11 *G_1

De forma geral, na percepção dos sujeitos sobre o perfil das vítimas, predominou a situação de vulnerabilidade das mulheres em uma perspectiva mais ampla, a questão da pobreza articulada com a questão da violência e a exposição das vítimas em determinados locais; poucos se referiram a idade, raça/cor e escolaridade.

A notificação dos casos de violência sexual é fundamental para conhecimento do perfil das vítimas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, entre outros), a identificação do local da ocorrência, do agressor, os encaminhamentos na rede de serviço etc.; contribuindo para a orientação do cuidado, bem como para gestão na tomada de decisão de ações e intervenções relativas à temática. Além disso, é uma das estratégias primordiais do SUS no enfrentamento da violência contra a mulher. Essa notificação foi estabelecida como obrigatória e compulsória, devendo ser registrada no Sinan, pois permite visualizar os casos (d'Oliveira *et al.*, 2020; Melo; Soares; Bevilacqua, 2022).

Quanto à classe 2 (24,9%), Integração entre os serviços, seguindo os critérios estabelecidos, as palavras “fluxo” e “rede” tiveram maior frequência, 52 e 50 respectivamente. Para análise da categoria integração dos serviços, buscou-se identificar a compreensão dos sujeitos com relação ao compartilhamento do cuidado e da atenção entre os serviços, as estratégias de comunicação, a articulação intersetorial, o uso de ferramentas de encaminhamento, existência de fluxos e protocolos estabelecidos.

[...] o ACS compartilha com a sua equipe de saúde da família que por sua vez entende que um caso precisa de um apoio especializado e caminha para a gente, através de fichas de referência para o Caps ou Centro de Atenção[...].
 ***** *Entrev_12 *P_2

Estudos relatam que a atuação compartilhada da equipe possibilita a integração de diferentes profissionais e a corresponsabilização, visando à construção de estratégias para o enfrentamento da violência contra a mulher. Contudo, é fundamental considerar e respeitar as competências de cada profissional para efetivação do cuidado integral das vítimas e suas famílias (Costa *et al.*, 2019).

Na perspectiva da integração dos serviços, nas falas dos entrevistados, identificaram-se fragilidade na comunicação e mau uso das ferramentas de gestão no processo de compartilhamento do cuidado, comprometendo o monitoramento do caso.

[...] eu acho que ainda tem precisa melhorar essa questão da comunicação a gente trabalha com a ficha de referência, também gosto que de repente o profissional articule diretamente com essa outra secretaria até para a gente conhecer como é esse fluxo se eu posso encaminhar a mulher diretamente [...].
 ***** *Entrev_14 *P_2

No contexto das mulheres vítimas de violência sexual, a compreensão da integralidade perpassa pela efetivação de práticas de atenção que garantam o acesso, ações resolutivas em tempo oportuno e adequadas as suas necessidades, assistências diversas e complementares em uma lógica de rede de atenção. Para tal, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível e qualificada das demandas dessas mulheres, acompanhamento longitudinal, valorizando-se as questões de gênero, raça/cor, classe, escolaridade e geração no processo de cuidado e intervenção; além da construção de protocolos e fluxos de assistência que viabilizem a comunicação e o compartilhamento do cuidado (d’Oliveira *et al.*, 2020; Trentin *et al.*, 2019).

Com relação aos fluxos das mulheres em situação de violência sexual, os gestores informam que existem fluxos estabelecidos e que vários atores participaram do processo de

construção, porém não se conformam como estratégias institucionalizadas. Por outro lado, os profissionais relatam desconhecer os fluxos além de não participarem do processo de construção. Apesar das divergências nas falas, o encaminhamento é realizado para os pontos da rede de saúde pelos profissionais.

[...] então para entender qual é o papel de cada um realmente no caso dessas violências e a violência sexual especificamente reunimos com esses atores e apresentamos o fluxo já existente e fizemos algumas modificações algumas alterações a partir daí com o passar do tempo como é que faria [...]. ****
*Entrev_3 *G_1

[...] a fragilidade está na comunicação na falta dos encontros de não ter um fluxo instituído, então a fragilidade está desde o território que não se fala [...]. ****
*Entrev_12 *P_2

Quanto às ferramentas de comunicação entre os serviços, foi relatado que os profissionais utilizam telefone móvel, WhatsApp, na sua maioria particular, e algumas vezes o *e-mail*. Ademais, enfatizaram que toda essa ação é uma iniciativa dos trabalhadores. Também mencionaram a existência do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) nas unidades do município. O PEC é uma importante ferramenta eletrônica que permite armazenar as informações dos usuários, identificando os caminhos trilhados, as condições de saúde e as condutas dos profissionais.

[...] manda um e-mail para dizer que essa mulher está sendo cuidada nesse serviço, mas precisa também ser cuidada pela rede inteira então a intenção é que utilizem a ficha de referência e contrarreferência, mas que façam esse encaminhamento implicado e esse cuidado compartilhado também [...]. ****
*Entrev_3 *G_1

[...] os demais pontos da rede muitas vezes tratam pontualmente mesmo e esquecem de dar uma devolutiva para a gente por escrito; hoje em dia o município inteiro está usando já o PEC que é o prontuário eletrônico [...] e isso também facilita hoje porque a gente consegue ver se ela acessou um outro ponto da rede onde foi se esse ponto utilizar também o mesmo sistema porque ainda existe um outro sistema no município [...]. ****
*Entrev_13 *P_2

Nas falas, foram identificadas considerações relevantes sobre a rede no que diz respeito à articulação.

[...] e essa articulação de rede nem sempre é fácil, potencialidade particularmente na articulação, é isso trabalhar na mulher, principalmente, como um indivíduo que tem outros problemas para além da violência sexual e em relação à fragilidade precisa ter muito cuidado com esse

compartilhamento, digo porque às vezes compartilha tem necessidade de compartilhar algumas informações com a atenção primária, e se você pensa que aquela mulher mora na comunidade [...]. **** *Entrev_2 *G_1

A existência de rede não pode se constituir apenas de pontos de atenção, cuja prática se restringe a triagem ou encaminhamento, sem conhecer possibilidades de atendimento de outros setores, local, horário de funcionamento e condições de acolhimento. É necessária articulação, estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência de forma estruturada, compartilhamento ético e responsável das informações para que não ocorram a peregrinação, a revitimização e o abandono do cuidado.

Outro ponto citado foi a constituição de espaço de diálogo entre os serviços, na perspectiva de construção de projeto assistencial comprometido com a atenção às vítimas de violência sexual. O aprimoramento da comunicação e cooperação entre os serviços é a base para superação dos obstáculos que possam impedir a efetivação do cuidado integral e intersetorial.

[...] a fragilidade está na comunicação na falta dos encontros de não ter um fluxo instituído, então a fragilidade está desde o território que não se fala [...]. **** *Entrev_12 *P_2

De modo geral, os profissionais e os gestores destacaram alguns pontos importantes, como: preocupação quanto aos modos operantes do compartilhamento, necessidade de estratégias de comunicação na perspectiva de evitar revitimização da mulher, do uso adequado das ferramentas de referência entre serviços, monitoramento dos casos na rede e atenção à mulher vítima de violência à luz da integralidade do cuidado.

Assim, os discursos revelam a assistência desarticulada e fragmentada, sem fluxos oficiais estabelecidos e ausência de comunicação institucionalizada entre profissionais e serviços, de modo a viabilizar as intervenções de forma mais célere e segura, comprometendo a integração entre os serviços e, conseqüentemente, o acompanhamento da mulher em situação de violência sexual.

A integração dos serviços perpassa pela definição de fluxos, qualificação de profissionais e comunicação entre os serviços e o compartilhamento com a população, na perspectiva de evitar que essa mulher vítima de violência sexual seja exposta a mais uma violência ao percorrer vários caminhos para acolhimento e cuidado nos serviços de saúde, segurança pública, assistência social, entre outros. Esses serviços devem trabalhar de forma articulada e dialogada no sentido de prestar uma atenção qualificada e integral a essa mulher

em situação de violência sexual, com envolvimento de todos os atores no processo de construção e pactuação (d'Oliveira *et al.*, 2020; Nascimento *et al.*, 2019; Trentin *et al.*, 2019).

Na classe 4, Organização da atenção, as palavras com maior frequência foram “atenção” com 75 e “saúde” com 67. Os achados encontrados com relação à organização dos pontos de atenção às vítimas a partir da percepção dos sujeitos buscaram evidenciar as demandas e as necessidades quanto aos serviços, aos insumos, vacinas e medicamentos, protocolos, fluxos, treinamento, trabalho em equipe, conhecimento da rede existente, as práticas assistências, o acesso e a resolubilidade – além da compreensão do itinerário das mulheres vítimas de violência a partir de suas necessidades.

Nessa perspectiva, os sujeitos revelaram que as unidades de urgência e emergência são os serviços mais acessados pelas vítimas, nos quais são viabilizados os retrovirais e os demais recursos.

[...] normalmente quando acontece uma violência sexual ela precisa primeiro procurar uma unidade de urgência e emergência e depois ser acompanhada pela atenção básica [...]. **** *Entrev_5 *P_2

Estudos têm mostrado que os casos de violência sexual contra mulher, na sua maioria, ocorrem no ambiente familiar e por parceiros ou ex-parceiros; e considerando a vulnerabilidade das vítimas, estas buscam as Unidades de Pronto Atendimento, evitando os equipamentos de saúde na comunidade territorial adscrita. Essas unidades de urgência e emergência são fundamentais para o cuidado das mulheres em situação de violência sexual nas intervenções imediatas, porém, têm dificuldade de ofertar uma atenção integral (d'Oliveira *et al.*, 2020; Gomes *et al.*, 2022).

No que diz respeito à oferta de vacinas, exames mais complexos e acompanhamento, as vítimas são encaminhadas para atenção primária ou para serviços especializados.

[...] nas unidades de atenção primária que são as UBS ou USF ofertamos o teste rápido de gravidez e de IST, exames laboratoriais e o exame físico [...]. **** *Entrev_1 *G_1

Enfatizaram a importância da APS como ordenadora e coordenadora no cuidado integral e longitudinal dessas mulheres e a existência de oferta ampla de pontos de atenção na rede municipal de saúde estudada.

A valorização da APS deve-se ao fato de esta ser a porta de entrada do SUS, atuar de forma longitudinal com estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade territorial

adscrita e ofertar ações de promoção, prevenção e recuperação de agravos à saúde das vítimas de forma contínua e atendendo às suas necessidades de saúde (d'Oliveira *et al.*, 2020; Silva; Ribeiro, 2020).

[...] as principais portas de entrada seriam essas a unidade de atenção primária, os postos de saúde, unidade de urgência e emergência, a mulher deve estar vinculada a unidade de saúde do território também se for o caso dela continuar sendo atendida num serviço especializado a porta de entrada sem atenção primária eles vão fazer o encaminhamento e o cuidado compartilhado [...]. *** *Entrev_3 *G_1

[...] assim se a gente tivesse um espaço único que ela pudesse se sentir acolhida que ela viesse e não fosse misturada com vários outros pacientes porque de repente você chega numa unidade tem um monte de gente [...]. **** *Entrev_8 *P_2

Nos relatos, observa-se a existência de serviços, contudo, a necessidade da organização destes na perspectiva de rede, com oferta de cuidado de forma estruturada, fluxos e protocolos estabelecidos e pactuados entre os serviços com a finalidade de atender às demandas e às necessidades dessas mulheres. Nesse contexto, a organização dos serviços é essencial para uma resposta efetiva à violência sexual contra mulher no SUS (d'Oliveira *et al.*, 2020).

Os achados na categoria, Organização da atenção às mulheres vítimas de violência sexual, evidenciam a necessidade de serviço específico, com ambiente protegido para o acolhimento e acompanhamento; a oferta do apoio psicológico; treinamento dos profissionais para o acolhimento e notificação; implantação de fluxos e protocolos; e ferramentas de comunicação e divulgação para sociedade.

Para organização da atenção às mulheres vítimas de violência sexual, é importante e necessário o diagnóstico da rede de serviços para construção da oferta, disponibilidade, acessibilidade aos serviços de saúde, como: atenção primária, atenção especializada, incluindo ambulatorios, urgência emergência, hospitais, transporte sanitário, suporte de apoio e diagnóstico, insumos, vacinas, medicamentos; estabelecimento de mecanismos de integração e articulação, visando à superação da peregrinação, fragmentação e seguimento do cuidado, qualificação de profissionais e divulgação para população (Prado *et al.*, 2022; Trentin *et al.*, 2019).

Com relação à classe 1, Acolhimento pela equipe de saúde, as palavras “social” e “serviço” foram as de maiores frequências, 73 e 54 respectivamente. Ressalta-se que a denominação escolhida deriva do contexto em que tais palavras foram referidas pelos entrevistados.

O conceito de acolhimento tem por finalidade expressar os vínculos existentes entre o usuário e os profissionais de saúde envolvidos no cuidado, desde a prestação do atendimento até a escuta qualificada e humanizada. Portanto, a atenção integral requer acolhimento da equipe mediante uma escuta qualificada e humanizada, com uso de técnicas que possibilitam a identificação dos casos de violência, as demandas apresentadas pelas vítimas, o encaminhamento seguro destas na rede de serviços de forma articulada com a APS, visando à garantia da continuidade da assistência. Assim, evitam-se a peregrinação e a exposição da vítima (Nascimento *et al.*, 2019).

[...] a potencialidade é atender a mulher de forma integral de contribuir para esse atendimento de forma integral sem olhar apenas a violência individualmente, acho que acima de tudo precisa ter o comprometimento dos profissionais [...]. **** *Entrev_2 *G_1

[...] chegando no acolhimento, na escuta qualificada com essa mulher, ela acaba relatando no meio daquilo tudo que foi vítima ou há muito tempo [...]. **** *Entrev_12 *P_2

O atendimento à mulher vítima de violência sexual requer atuação da equipe multiprofissional, baseado na integralidade do cuidado, pois é necessário que os profissionais se articulem, dialoguem, visando a um atendimento acolhedor, humanizado, respeitoso e resolutivo (Miranda, 2021; Nascimento *et al.*, 2019).

O acolhimento pela equipe de saúde deve ser permeado pela escuta sensível e qualificada, possibilitando vinculação, cuidado integral e longitudinal e a articulação com outros serviços de forma a atender às necessidades dessas mulheres, compreendendo as questões de gênero, raça/cor, classe, escolaridade e geração de renda no processo de cuidado e intervenção.

Os entrevistados ressaltaram a necessidade do profissional de psicologia na equipe de acolhimento e acompanhamento das vítimas, tendo em vista a complexidade e a subjetividade da questão da violência para a mulher.

[...] precisa de um acompanhamento multiprofissional, um apoio psicológico enorme, um acolhimento, algo que ela consiga ter como porto seguro para dar seguimento à vida depois dessa violência sexual[...]. **** *Entrev_11 *G_1

No estudo de Aguiar *et al.* (2023), também foi evidenciada a importância do profissional de psicologia, assim como o médico psiquiatra no cuidado às vítimas de violência. Além disso,

a incorporação dos Centros de Atenção Psicossocial na rede de atenção às mulheres em situação de violência.

Nas falas dos entrevistados, observou-se que os assistentes sociais e os enfermeiros são os profissionais da equipe que mais acolhem por serem aqueles que viabilizam suporte, apoio e resolutividade às demandas das mulheres vítimas de violência sexual.

[...] quando chega no serviço social, ela se abre, porque ela se sente mais acolhida, talvez pela própria natureza da profissão, não sei, mas às vezes elas não relatam no consultório médico, mas quando passam pelo serviço social acabam notando nenhuma verdade [...]. **** *Entrev_5 *P_2

[...] passando pelo acolhimento vai ter em contato com a enfermeira esta vai escutar e a partir da identificação vai fazer os devidos encaminhamentos de acordo com uma necessidade [...]. **** *Entrev_2 *G_1

É importante que toda a equipe promova o acolhimento das vítimas, não restringindo a determinadas categorias, em face da complexidade do problema e suas consequências para as mulheres e suas famílias. Nesse sentido, o acolhimento da equipe perpassa por um cuidado integral, olhar para as demandas das mulheres, livres de julgamentos, preconceitos e estigmas, buscando sempre compreender o cenário no qual a violência está inserida, pois, muitas vezes, envolvem vários membros da família e acontecem, na sua maioria, no ambiente doméstico.

A necessidade de ações de educação permanente baseadas nas políticas e práticas de saúde, de forma a instrumentalizar os profissionais no aprimoramento do fenômeno da violência, na identificação, intervenção e práticas de cuidado às mulheres vítimas de violência sexual, principalmente em virtude do despreparo e da rotatividade de profissionais, foi salientada pelos entrevistados.

[...] acredito que suficiência de serviços, acredito que sim, agora qualificação do profissional não tenho garantias porque entendo que a educação permanente precisa ser feita continuamente, sabe que existe muita rotatividade de profissionais, mas o que percebo que apesar dessa rotatividade as referências não têm sido trocadas [...]. **** *Entrev_6 *G_1

[...] nem todos os profissionais estão devidamente preparados para receber uma mulher em situação de violência, tem muitos médicos recém-formados ou mesmo que não sejam recém-formados, mas que não tem a sensibilidade para fazer esse acolhimento [...]. **** *Entrev_2 *G_1

A partir dos relatos dos participantes com relação à categoria Acolhimento da equipe às mulheres vítimas de violência sexual, é imprescindível a implementação de estratégias de educação permanente voltadas ao cuidado humanizado e resolutivo, bem como ao

aprimoramento das habilidades e competências técnicas, conhecimento e atitude na perspectiva de uma assistência integral e efetiva (Souza; Peres; Mafioletti, 2020).

CONCLUSÃO

O estudo contribuiu para a discussão da temática da atenção à mulher em situação de violência sexual na medida em que analisou as ações desenvolvidas, a partir do *corpus* textual por meio da CHD do *software* IRaMuTeQ, permitindo compreender e visualizar as práticas cotidianas a partir da fala dos gestores e profissionais de saúde.

Observaram-se a implicação, a sensibilidade e o compromisso dos entrevistados com a questão, dispostos a colaborar para implantação do cuidado às mulheres em situação de violência sexual na rede municipal de saúde, mas reafirmando a necessidade de investimento na qualificação dos profissionais, divulgação para população, transparência na comunicação, na construção e pactuação dos instrumentos como fluxos e protocolos, na organização e estruturação da rede.

No tocante aos participantes, a maioria dos sujeitos da pesquisa era de estatutários, comprometidos em viabilizar o cuidado às vítimas de forma a evitar a peregrinação, os estigmas e os preconceitos. Também reconheceram que, para o enfrentamento desse fenômeno multifacetado e complexo, fazem-se essenciais a articulação intersetorial, os espaços de diálogos que possam empoderar as mulheres e os trabalhadores diante de uma sociedade machista, misógina e homofóbica, a publicização da informação para sociedade e a qualificação dos profissionais.

Entre os participantes, é importante salientar a percepção dos gestores que, apesar de ávidos pelas construções dos fluxos, reconhecem a fragilidade e a morosidade na implantação das ações de intervenção, mas se comprometeram a efetivá-las.

Considerando os achados no processo metodológico da pesquisa, observou-se que as evidências científicas reafirmam a percepção dos profissionais e gestores quanto às dificuldades na atenção às mulheres vítimas de violência sexual, uma vez que se faz fundamental o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para viabilizar cuidado integral e intersetorial.

Também perpassa pela necessidade de organização do acesso ao cuidado desde atenção primária até a especializada, a construção de fluxos e protocolos com participação dos profissionais, disponibilização de insumos, medicamentos, vacinas, exames laboratoriais e de imagem em tempo oportuno, qualificação de profissionais e gestores, articulação intersetorial

no compartilhamento do cuidado, mediante investimento em estratégias de comunicação entre serviços para evitar revitimização, divulgação da rede de serviços nas mais diversas modalidades, monitoramento e avaliação dos dados de notificação do Sinan.

A efetivação dessas ações será de fundamental importância para a garantia dos direitos das mulheres em situação de violência sexual no âmbito do SUS, bem como no planejamento e organização da RAS.

É importante ressaltar que os achados deste estudo de caso não permitem generalizações, mas possibilitam identificação de estudos similares que possam ajudar a compreender o fenômeno social complexo e contemporâneo da violência sexual contra mulher. Portanto, não se esgota a necessidade de novas pesquisas sobre o fenômeno.

Assim, a contribuição deste estudo de caso conforma-se em possibilitar a reflexão dos profissionais e gestores acerca dos elementos fundamentais para concretização da eficácia da assistência e aprimoramento da atenção às mulheres em situação de violência sexual, e do processo de construção de ações para o enfrentamento desse fenômeno de forma coletiva e democrática, visando à garantia dos direitos da mulher, considerando o contexto sociocultural e as limitações e potencialidades dos profissionais.

Ademais, aponta novas lacunas que precisam ser investigadas, por exemplo, a responsabilização dos gestores em investir em processos qualificação para os profissionais, o cuidado integral e intersetorial às vítimas, o itinerário terapêutico das mulheres vítima de violência sexual, utilizando o *software* IRaMuTeQ como ferramenta de processamento de dados qualitativos.

Nesse sentido, sugere-se a elaboração de estudos que desenvolvam ações de educação permanente, abordando a violência sexual contra as mulheres com esses profissionais, atenção intersetorial às vítimas a partir da percepção de outros atores da rede; os caminhos percorridos pelas mulheres vítimas de violência sexual a partir das falas das mulheres.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. *et al.* Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. e220266pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023220266pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRANCO, J. G. O. *et al.* Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1877-1886, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, ano 17, 2023. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/57>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 151, p. 1-4, 8 ago. 2006b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 15 set. 2024.

CALLOU, R. C. M.; MAGALHÃES, B. C.; ALBUQUERQUE, G. A. Violência doméstica: construções, repercussões e manutenção. **Saúde.com**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 2191-2202, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/7528>. Acesso em: 15 set. 2024.

CONCEIÇÃO, H. N.; MADEIRO, A. P. Profissionais de saúde da Atenção Primária e violência contra a mulher: revisão sistemática. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, p. e378541, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37854>. Acesso em: 15 set. 2024.

COSTA, M. C. *et al.* Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 32, p. 1-10, 2019

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190164, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190164>. Acesso em: 15 set. 2024.

GOMES, R. M. *et al.* Cuidados de enfermeiras à mulher em situação de violência doméstica: revisão integrativa. **Nursing**, [s. l.], v. 25, n. 294, p. 8982-8991, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020. Pesquisa nacional de saúde: 2019 : acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social : Brasil / **IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: 101p. ISBN 978-65-87201-61-0

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

JESUS, G. R. *et al.* Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year Experience. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 47-54, 2022. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35092959/>. Acesso em: 15 set. 2024.

LEITE, F. M. C. *et al.* Associação entre a violência e as características socioeconômicas e reprodutivas da mulher. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 279-289, 2021.

LIMA, C. S. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher vítima de violência no Brasil. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. e40310111861, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11861>. Acesso em: 15 set. 2024.

MELO, C. M.; SOARES, M. Q.; BEVILACQUA, P. D. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3715-3728, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022>. Acesso em: 15 set. 2024.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 15 set. 2024.

MIRANDA, A. P. C. *et al.* Violência contra a mulher: percepções de profissionais da saúde de uma maternidade. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 25, p. e-1390, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210038>. Acesso em: 15 set. 2024.

NASCIMENTO, C. T. J. S. *et al.* Knowledge and attitudes of rural healthcare providers regarding domestic violence against women: a systematic review. **São Paulo Medical Journal**, v. 142, n. 3, p. e2022682, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2022.0682.r1.180723>. Acesso em: 15 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, DF: **OPAS**, 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

PINTO, L. F.; SILVA, V. S. T. M. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019) e o Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 651-656, 2020. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pesquisa-nacional-de-saude-pns2019-e-o-primary-care-assessment-tool-pcat-a-construcao-de-uma-nova-linha-de-base-para-avaliacao-dos-servicos-de-saude-no-brasil/17833>. Acesso em: 15 set. 2024.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 379-395, 2018. Edição especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SCVGB8QDgCysbMhjbjYPdzP/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

RIBEIRO, M. G.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Violência sexual e adesão ao protocolo de atendimento de um hospital do sul do Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 2, p. 312-318, 2021. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4140>. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA, V. G.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. e20190371, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400216&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUSA, Y. S. O. *et al.* O uso do *software* Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-19, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUZA, M. A.; PERES, A. M.; MAFIOLETTI, T. M. Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 2, p. e20003, 2020.

TRENTIN, D. *et al.* Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. e20180324, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/x9bjmhfhk7vr5v4kptcpgtz/?format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

VIANA, V. A. O. *et al.* Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2363-2371, 2022. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-temporal-da-violencia-sexual-contra-mulheres-adolescentes-no-brasil-20112018/18228?id=18228>. Acesso em: 15 set. 2024.

3.3 PRODUTO TÉCNICO

OFICINA: DIALOGANDO SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma manifestação perversa da desigualdade de gênero, configurando-se em um dos mais graves problemas de saúde pública, violação dos direitos humanos, com elevada magnitude e impacto na saúde das mulheres e no SUS (Conceição; Madeiro, 2022; Leite *et al.*, 2021).

Dentre os tipos de violência, destaca-se a violência sexual, que é definida como qualquer ato por meio da tentativa ou execução de um ato sexual forçado, sem consentimento da vítima; de importunações sexual indesejáveis; do uso da coerção para obter vantagens sexuais e do assédio sexual, em qualquer ambiente, doméstico e de trabalho (Jesus *et al.*, 2022; Viana *et al.*, 2021).

É pertinente mencionar que a violência sexual traz consequências à saúde das mulheres, como infecções do trato reprodutivo e doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios ginecológicos e sexuais, depressão, pânico, ideação suicida, abuso de substâncias psicoativas, gravidez, entre outras, comprometendo a qualidade da vida delas e de suas famílias (Callou; Magalhães; Albuquerque, 2021; Trentin *et al.*, 2019).

O Brasil vem apresentando um crescimento exponencial de casos de violência sexual, principalmente nas pessoas do sexo feminino – e entre essas, as negras (pretas e pardas). Em decorrência desse agravo, um percentual significativo das vítimas procura os serviços de saúde por serem espaços privilegiados para identificação, acolhimento, cuidado, tratamento e intervenções em tempo oportuno (Brasil, 2023).

Nesse sentido, a atuação dos profissionais é de extrema importância para garantir escuta qualificada, acolhimento, vinculação, cuidado integral e longitudinal, bem como a articulação com outros serviços de forma a atender as necessidades dessas mulheres (Conceição; Madeiro 2022; Jesus *et al.*, 2022).

A pesquisa foi realizada em um município do nordeste brasileiro que está dentre as 50 cidades com mais de 100 mil habitantes no Brasil que apresentaram os maiores casos de violência. Com uma população estimada de 300 mil habitantes, sendo 50,36% do sexo

feminino, esse município encontra-se em crescente desenvolvimento econômico e turístico. Com relação à saúde, o município possuía cobertura da APS de 59%, uma oferta de serviços de média complexidade ambulatorial e de urgência/emergência (Bahia, 2023; IBGE, 2022).

De acordo com os dados do SINAN (2024), no período de 2018 a 2023, esse município apresentou os seguintes dados de notificação: 89% de casos de violência sexual foram contra mulheres na faixa etária de 15 a 60 anos ou mais (49%); com relação à raça/cor, 69% são pretas e pardas; entre os tipos de violência sexual, o estupro foi o mais registrado (70%); quanto à ocorrência, 67% foram na residência, sendo que, em 88%, o agressor foi do sexo masculino (Brasil, 2023).

Na análise dos documentos institucionais, identificou-se que, no Plano Plurianual (PPA) 2022-2025 do município em questão, foram elencados objetivos que dialogam com a questão da violência contra a mulher:

OBJETIVO 2: Desenvolver ações de promoção para melhoria da qualidade de vida da população considerando os fatores de risco a Saúde;

OBJETIVO 5: Aprimorar as Redes de Atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero da população em situação de vulnerabilidade social e condições especiais nas redes temáticas e nas redes de atenção e que foi elaborado fluxo de atenção às pessoas em situação de violência sexual (Camaçari, 2022).

Estudos apontam que as práticas educativas contribuem para o desenvolvimento da capacidade de comunicação, fortalecimento do trabalho em equipe, aprimoramento da gestão, compartilhamento do cuidado de forma ética, quebra de paradigmas e preconceitos, mudança das práticas, comprometimento social e de saúde, na práxis ação, interação e integração (Souza, Peres, Mafioletti, 2020; Terra; Lima, 2023).

Assim, as ações de EPS são fundamentais por se tratar de uma estratégia viável e importante que contribui para o processo de qualificação dos profissionais e gestores, bem como para a implementação na atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual.

A partir da realização desta pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade brasileira pública, com parecer nº 6323.659/2023, CAAE 73871323.0.0000.0057, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no período de dezembro de 2023 a abril de 2024 em um município do nordeste brasileiro e seus achados, foi proposta, enquanto produto técnico do MEPISCO da UNEB, a oferta de uma oficina para profissionais e gestores da saúde na perspectiva de apoiar o município no enfrentamento da questão da violência sexual contra a mulher.

OBJETIVO

Realizar oficina, cujo tema será “Dialogando sobre a atenção à saúde das mulheres em situação de violência sexual no município”, com intuito de contribuir para: o aprimoramento da organização da atenção; a efetivação da construção coletiva do fluxos de referência e contrarreferência; o uso da ferramenta de notificação compulsória para implementação das ações de prevenção e promoção; a articulação intra e intersetorial; a divulgação da rede para população; a qualificação dos profissionais para acolhimento e escuta humanizada, enfatizando o respeito aos direitos humanos, valorização e ética nas relações interpessoais.

METODOLOGIA

A elaboração desta oficina teve como base os resultados da pesquisa a partir da escuta dos profissionais e gestores de saúde, os dados do SINAN e os documentos institucionais do município estudado. A proposta é realizar a oficina “Dialogando sobre a atenção à saúde das mulheres em situação de violência sexual no município” estudado, no ano de 2024, com carga horária de 8 horas, para profissionais e gestores da saúde e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS), em um total de 30 participantes. A oficina será dividida em seis momentos conforme o Quadro 1.

Quadro 8 – Planejamento da oficina

| Momento | Duração | Atividade | Local |
|---------|-----------------|--|---|
| 1º | 1 hora | Acolhimento | Plenária geral |
| 2º | 1 hora e 30 min | Mesa: Panorama internacional, nacional, estadual e local, histórico, conceituação, recomendações, legislações e normativas ministeriais sobre violência sexual contra mulher. | Plenária geral |
| 3º | 1 hora e 30 min | Mesa: Compartilhando os resultados da Pesquisa, cujo tema Atenção a Mulher em situação de violência sexual, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Uneb, com parecer nº 6323.659/2023, CAAE 73871323.0.0000.0057. Dr.ª Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira e a pesquisadora mestranda Liliane Mascarenhas Silveira do Mepisco/Uneb | Plenária geral |
| 4º | 2 horas | Construção do Plano de ação a partir dos resultados da pesquisa | 5 Subgrupos com 6 participantes em cada |
| 5º | 1 hora | Compartilhamento dos produtos de cada subgrupo | Plenária geral |
| 6º | 1 hora | Sistematização do produto. | Plenária geral |

Fonte: elaboração própria.

O primeiro momento será a atividade de acolhimento com a utilização de dinâmica de grupo que permita que todos se conheçam e registrem as expectativas da oficina. Posteriormente, será instalada uma mesa com dois palestrantes sob a coordenação de um facilitador. Cada palestrante terá um tempo de 30 minutos para abordar sobre Panorama internacional, nacional, estadual e local, histórico, conceituação, recomendações, legislações e normativas ministeriais sobre violência sexual contra a mulher. Após as explanações, será aberto para discussão com tempo de 30 minutos.

O próximo momento será a devolutiva da pesquisa e a orientação para os trabalhos dos subgrupos na perspectiva da construção de plano de ação para cada problema identificado na pesquisa, visando à implementação da atenção às vítimas de violência sexual no município estudado. Para essa construção, os participantes serão distribuídos de forma mista em cinco salas. Em cada sala, haverá um facilitador designado e um relator escolhido pelo grupo. Cada subgrupo ficará com um problema para discussões e produção do plano de ação.

Quadro 9 – Competências e problemas

| Competência | Problema |
|--------------------|---|
| Técnica | Desconhecimento do tema Medo, preconceito, estigma Dificuldade no manejo e na abordagem |
| Comportamental | Encaminhamento equivocados Comunicação frágil Fragilidade na condução do caso pela equipe |
| Funcional | Ausência de protocolos e fluxos Insuficiência de serviços Ausência de monitoramento e avaliação dos casos |

Fonte: elaboração própria.

Ao final, cada subgrupo compartilhará plano de ação elaborado com vistas a modificar a situação encontrada, sistematizada no problema, o qual será apresentado na plenária para contribuições e consensos. Posteriormente, será elaborado, como produto da oficina, um plano de ação.

Para realização da oficina, será necessário espaço com recursos como aparelhos de som ou projetor multimídia, iluminação, condições climáticas, livre de possíveis ruídos ou movimentações que possam atrapalhar o andamento e com capacidade para 35 pessoas. As cadeiras deverão ser soltas, possibilitando a organização dos subgrupos.

Cada participante receberá uma pasta contendo materiais como bloco de anotações e canetas, além de um crachá de identificação, a fim de facilitar a comunicação entre os participantes da oficina.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a oficina contribua para a identificação de pontos fortes e fracos na atenção voltada às mulheres vítimas de violência, fornecendo subsídios, por meio do Plano de Ação elaborado, para o aprimoramento dessas ações e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, construindo fluxos com itinerário mais seguro, resolutivo e de qualidade, bem como reduzindo as peregrinações, mediante a expansão de oferta e conexão dos serviços para a efetivação de uma rede integrada de atenção à violência contra a mulher; da qualificação dos profissionais para o acolhimento das vítimas; da criação de rotas terapêuticas resolutivas; da adesão das mulheres aos serviços; de estratégias para divulgação da rede para a população; e da criação de espaços para debates sobre a temática e a equipe da rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta ora apresentada foi planejada na perspectiva de qualificar o cuidado às mulheres vítima de violência sexual por intermédio de uma rede de atenção estruturada, integrada e resolutiva, com oferta do acolhimento por equipe de saúde qualificada e de fundamental importância para o empoderamento das mulheres diante do fenômeno.

No âmbito do SUS, foram muitos avanços na atenção à mulher vítima de violência com relação à atenção integral e oportuna, com acolhimento e atendimento multidisciplinar, viabilizando a contracepção de emergência, detecção e tratamento de IST e HIV no prazo de 72 horas após o fato, encaminhamentos para outros serviços, conforme necessidade ou desejo expresso pela mulher, acompanhamento ambulatorial do serviço de saúde durante seis meses após a ocorrência da violência, aborto decorrente do estupro, coleta e guarda dos vestígios para investigação e inclusão da violência doméstica e sexual no Sinan.

Tudo isso vem contribuindo para a orientação do cuidado, permitindo visualizar as possibilidades dos casos, perfil e ocorrências, as intervenções e os encaminhamentos, além da importância para a gestão na tomada de decisão de ações e intervenções relativas à questão da violência sexual.

Dessa forma, a oficina, enquanto espaço de aprendizado, trocas e coletiva, contribuirá para o município na organização da atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual na perspectiva integral e intersetorial.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Observatório Bahiano de Regionalização**. 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/destaque/observatorio-baiano-de-regionalizacao-obr/>. Acesso em 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. [S. l.]; Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, ano 17, 2023. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/57>. Acesso em: 15 set. 2024.

CALLOU, R. C. M.; MAGALHÃES, B. C.; ALBUQUERQUE, G. A. Violência doméstica: construções, repercussões e manutenção. **Saúde.com**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 2191-2202, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/7528>. Acesso em: 15 set. 2024.

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Camaçari: PMC, 2022.

CONCEIÇÃO, H. N.; MADEIRO, A. P. Profissionais de saúde da Atenção Primária e violência contra a mulher: revisão sistemática. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, p. e378541, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37854>. Acesso em: 15 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022. Censo demográfico 2022. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 15 set. 2024.

JESUS, G. R. *et al.* Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year Experience. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 47-54, 2022. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35092959/>. Acesso em: 15 set. 2024.

LEITE, F. M. C. *et al.* Associação entre a violência e as características socioeconômicas e reprodutivas da mulher. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 279-289, 2021.

SOUZA, M. A.; PERES, A. M.; MAFIOLETTI, T. M. Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 2, p. e20003, 2020.

TERRA, M. F.; LIMA, D. B. Competências na formação em saúde a partir da assistência às mulheres em situação de violência na extensão universitária. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. e33068, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333068>. Acesso em: 15 set. 2024.

TRENTIN, D. *et al.* Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. e20180324, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/x9bjmhfhk7vr5v4kptcpgtz/?format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

VIANA, V. A. O. *et al.* Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2363-2371, 2022. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-temporal-da-violencia-sexual-contra-mulheres-adolescentes-no-brasil-20112018/18228?id=18228>. Acesso em: 15 set. 2024.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou compreender a atenção à saúde das mulheres vítimas de violência sexual a partir da literatura científica e da percepção dos profissionais e gestores em um município do nordeste brasileiro, contribuindo para a discussão da temática, a partir de seus resultados, materializados em dois artigos – RI de literatura sobre as competências necessárias que os profissionais de saúde precisam desenvolver para atender mulheres vítimas de violência; realização de pesquisa qualitativa em um município da região Nordeste, utilizando o *software* IRaMuTeQ no processamento dos dados – e um produto técnico, uma estratégia de educação permanente que contribuirá para o desenvolvimento das competências e habilidades das equipes multidisciplinares na atenção integral e intersetorial às vítimas, bem como para a construção do plano de ação, objetivando a organização da atenção às mulheres vítimas de violência sexual.

Apesar do grande quantitativo de legislações e normativas, a efetividade da atenção integral ainda é um grande desafio no campo da saúde, tendo em vista o despreparo dos profissionais em acolher e assistir mulheres vítimas de violência sexual, associado à fragmentação da rede de atenção à saúde e incipiência das ações intersetoriais.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, apresenta como limites: generalização limitada; viés do pesquisador; falta de controle das variáveis; dificuldade de replicação; e limitação na amostragem. Por outro lado, o rigor metodológico e a validade interna mitigaram tais limites.

Espera-se que os resultados do estudo contribuam para profissionais e gestores com a reflexão da sua práxis na atenção e no cuidado às vítimas de violência sexual, bem como ofereçam subsídios para o aprimoramento das ações EPS, colaborando para a organização da rede de atenção com implantação efetiva de protocolos e fluxos, evitando a revitimização da vítima e garantindo os direitos delas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. *et al.* Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. e220266pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023220266pt>. Acesso em: 15 set. 2024.
- ALMEGEWLY, W. H. *et al.* Measuring nurses' and physicians' attitudes and perceptions of the appropriate interventions towards intimate partner violence in Saudi Arabia. **Healthcare**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. 1430, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10081430>. Acesso em: 15 set. 2024.
- ARBOIT, J; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B. Violence against women in primary health care: potentialities and limitations to identification. **Atencion primaria**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 14-21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>. Acesso em: 15 set. 2024.
- AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>. Acesso em: 15 set. 2024.
- BACCHUS, L. J. *et al.* An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. **BMC Primary Care**, v. 24, n. 1, p. 198, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1>. Acesso em: 15 set. 2024.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Observatório Bahiano de Regionalização**. 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/destaque/observatorio-baiano-de-regionalizacao-obr/>. Acesso em 15 set. 2024.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>. Acesso em: 15 set. 2024.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 501-517, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n2p501>. Acesso em: 15 set. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, K. B. C.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00140017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140017>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRANCO, J. G. O. *et al.* Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1877-1886, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, ano 17, 2023. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/57>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 38, p. 85-90, 26 fev. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violeba.def>. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 jun 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 143, n. 151, p. 1-4, 8 ago. 2006b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF: Ideal, 2011b.

CALLOU, R. C. M.; MAGALHÃES, B. C.; ALBUQUERQUE, G. A. Violência doméstica: construções, repercussões e manutenção. **Saúde.com**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 2191-2202, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/7528>. Acesso em: 15 set. 2024.

CAMAÇARI. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Camaçari: PMC, 2022.

CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/1998.v3n1/131-168/>. Acesso em: 15 set. 2024.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Modelo teórico explicativo do cuidado à mulher em situação de violência na atenção primária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 31, p. e20200639, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0639>. Acesso em: 15 set. 2024.

CASTRO, C. M.; LAGO, T. DI G.; BATISTA, K. B. C. Mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no SUS/SP: conhecer para dar visibilidade e ampliar o acesso. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 6-13, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046868>. Acesso em: 15 set. 2024.

CONCEIÇÃO, H. N.; MADEIRO, A. P. Profissionais de saúde da Atenção Primária e violência contra a mulher: revisão sistemática. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, p. e378541, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37854>. Acesso em: 15 set. 2024.

CORDEIRO *et al.*, 2007. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir**. 2007;34(6):428-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>. Acesso em: 15 set. 2024.

COSTA, M. C. *et al.* Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 32, p. 1-10, 2019.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p. e190164, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190164>. Acesso em: 15 set. 2024.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, [s. l.], v. 92, n. 2, p. 134-140, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. Acesso em: 15 set. 2024.

FACURI, C. O. *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bjKhzzTfcLrWmgpYZpBFWqw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 667-674, jul. 2012.

FREITAS, C. C. *et al.* Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e210573, 2022.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, R. M. *et al.* Cuidados de enfermeiras à mulher em situação de violência doméstica: revisão integrativa. **Nursing**, [s. l.], v. 25, n. 294, p. 8982-8991, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022. Censo demográfico 2022. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 15 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020. Pesquisa nacional de saúde: 2019 : acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social : Brasil / **IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: 101p. ISBN 978-65-87201-61-0
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência 2019**. Brasília, DF; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia>. Acesso em: 15 set. 2024.

JESUS, G. R. *et al.* Assistance to Victims of Sexual Violence in a Referral Service: A 10-Year Experience. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s. l.], v. 44, n. 1, p. 47-54, 2022. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35092959/>. Acesso em: 15 set. 2024.

LEITE, A. C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059). Acesso em: 15 set. 2024.

LEITE, F. M. C. *et al.* Associação entre a violência e as características socioeconômicas e reprodutivas da mulher. **Cadernos de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 279-289, 2021.

LEITE, P. M. G. *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção básica à mulher vítima de violência doméstica: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. e39911326728, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26728>. Acesso em: 15 set. 2024.

LIMA, A. S.; FREITAS JÚNIOR, R. A. O. Competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. e004, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2022-035>. Acesso em: 15 set. 2024.

LIMA, C. S. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher vítima de violência no Brasil. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. e40310111861, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11861>. Acesso em: 15 set. 2024.

LIRA, K. F. S.; CASTRO, R. V. A. Percepções de profissionais da saúde sobre violência contra as mulheres. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 107-122, 2022. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s2177-093x2022000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.

LEMOS, FM; SILVA GGA. Educação Permanente em Saúde: o estado da arte. **RIPS**. 2018;1(3):207-13. DOI: 10.17058/rips.v1i3.12867. Acesso em: 15 set. 2024.

LOZANO, V. A. *et al.* Propuestas para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud. Un análisis cualitativo. **Atención primaria**, [s. l.], v. 53, n. 6, p. 102045, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721000792>. Acesso em: 15 set. 2024.

MACHADO, L.P.; FREITAG, V.L. Nursing care for a woman victim of sexual violence: a integrative literature review. **Res, Soc Dev**. 2021;10(2):e33210212595. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12595. Acesso em: 15 set. 2024.

MELO, C. M.; SOARES, M. Q.; BEVILACQUA, P. D. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3715-3728, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022>. Acesso em: 15 set. 2024.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 15 set. 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006a.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

MINAYO, M. C. S. Violência: impactos no setor saúde e respostas do sistema. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 1011-1036.

MINAYO, M. C. S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3701-3714, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>. Acesso em: 15 set. 2024.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Is it possible to prevent violence? Reflections in public health area. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MIRANDA, A. P. C. *et al.* Violência contra a mulher: percepções de profissionais da saúde de uma maternidade. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 25, p. e-1390, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210038>. Acesso em: 15 set. 2024.

NASCIMENTO, C. T. J. S. *et al.* Knowledge and attitudes of rural healthcare providers regarding domestic violence against women: a systematic review. **São Paulo Medical Journal**, v. 142, n. 3, p. e2022682, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2022.0682.r1.180723>. Acesso em: 15 set. 2024.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 15-22, 2019.

ODORCIK, B. *et al.* Violência doméstica à mulher: percepção e abordagem profissional na atenção básica na pandemia de covid-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. 1-19, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA Da SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

PINTO, L. F.; SILVA, V. S. T. M. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019) e o Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 651-656, 2020. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/pesquisa-nacional-de-saude-pns2019-e-o-primary-care-assessment-tool-pcat-a-construcao-de-uma-nova-linha-de-base-para-avaliacao-dos-servicos-de-saude-no-brasil/17833>. Acesso em: 15 set. 2024.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 379-395, 2018. Edição especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SCVGB8QDgCysbMhbjYPdzP/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2024.

PURBARRAR, F. *et al.* A review of the challenges of screening for domestic violence against women from the perspective of health professionals. **Journal of Education and Health Promotion**, [s. l.], v. 12, p. 183, 2023.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

RIBEIRO, M. G.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Violência sexual e adesão ao protocolo de atendimento de um hospital do sul do Brasil. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 2, p. 312-318, 2021. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4140>. Acesso em: 15 set. 2024.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 237- 254, 2012. Disponível em <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/>. Acesso em: 15 set. 2024.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 41-54, fev, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8RkpfqGrkmNScnzGQkFSXrt/?format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

SHIMIZU HE, FRAGELLI TBO. Competências Profissionais Essenciais para o Trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Educ Med**. 2016;40(2):216-25. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e02702014. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA, A. S. B. *et al.* Perceptions of primary health care workers regarding violence against women. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210097, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0097>. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA, J. J. M.; MESQUITA, E. M.; CAMPELO, V. PERCEPÇÃO dos médicos da família sobre a violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 11, n. 1, p. e946, 2022.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200331&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA, V. G.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. e20190371, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400216&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.

SILVEIRA, O. S.; PAIM, J. S.; ADRIÃO, K.G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 8, p. 276-291, 2019. Edição especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820>. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUSA, Y. S. O. *et al.* O uso do *software* Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-19, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUZA, M. A.; PERES, A. M.; MAFIOLETTI, T. M. Educação permanente na rede de atenção às mulheres em situação de violência. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 2, p. e20003, 2020.

TERRA, M. F.; LIMA, D. B. Competências na formação em saúde a partir da assistência às mulheres em situação de violência na extensão universitária. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. e33068, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202333068>. Acesso em: 15 set. 2024.

TRACZ, R, GONÇALVES, A. F.; MARKOWICZ, G. V. Atuação do(a) enfermeiro(a) à mulheres vítimas de violências. **Revista Recien**, São Paulo, v. 12, n. 39, p. 3-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.3-12>. Acesso em: 15 set. 2024.

TRENTIN, D. *et al.* Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. e20180324, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/x9bjmhfhk7vr5v4kptcptgz/?format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

VIANA, V. A. O. *et al.* Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2363-2371, 2022. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-temporal-da-violencia-sexual-contra-mulheres-adolescentes-no-brasil-20112018/18228?id=18228>. Acesso em: 15 set. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman; 2005.

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO ENTREVISTA GESTORES

Parte I – Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função/cargo:

Tempo na função/cargo:

Parte II - Questões específicas

1. A Rede de Atenção às mulheres em situação de violência sexual

- Existe alguma ação/programa de atenção a mulher vítima de violência sexual nos instrumentos de gestão (Plano Plurianual (PPA), Plano de Saúde, Plano de Governo, Programação Anual de Saúde)? Se sim, qual(s)?
- Existe um plano de ação para enfrentamento da violência sexual contra a mulher? Se sim, como se deu seu processo de elaboração?
- O seu setor tem alguma ação/programa voltada às mulheres vítimas de violência sexual? Se sim, pode descrever?
- O Município dispõe de serviços voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual? Se sim, como se dá o acesso?
- Existe algum mecanismo de compartilhamento e/ou articulação entre os serviços existentes voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual? Se sim, qual(s) e como ocorre?
- Qual a sua percepção acerca da articulação entre os serviços existentes voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual? Destaque as fragilidades e potencialidades.
- Que estratégias propõem para aprimorar a rede de cuidados voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual?
- Que recursos/ações o SUS disponibiliza a mulher vítima de violência sexual?
- Quais os mecanismos de gestão utilizados na rede?
- Existe algum espaço de tomada de decisão envolvendo todos os responsáveis pela atenção à mulher vítima de violência sexual? Se sim, quem participa e qual o seu papel na gestão da rede?
- Existem protocolos e fluxos assistenciais voltados à atenção às mulheres em situação de violência?
- Existe alguma iniciativa voltada ao monitoramento e avaliação dos casos notificados? Se sim, como é feita a publicização? E, a gestão utiliza tais resultados? Como?
- De que forma o serviço no qual você atua tem contribuído para o seu crescimento profissional?
- Qual seria o melhor resultado possível na atenção às mulheres em situação de violência?

2. Intersetorialidade na Rede de atenção

- Na sua concepção, o que seria violência contra a mulher?
- Quais as consequências da violência sexual na saúde das mulheres?
- Como se dá a articulação intersetorial da saúde com outros setores/instituições envolvidas na atenção à mulher vítima de violência? Como avalia essa articulação? Pontue as dificuldades e as facilidades?
- Como se dá o encaminhamento para serviços ofertados por outros setores que não a saúde? Como avalia essa articulação?
- Existe algum mecanismo de comunicação junto a população sobre os serviços existentes voltados à mulher vítima de violência sexual? Explique sua resposta.

3. Complementação

- Gostaria de contribuir com mais alguma informação relacionada ao tema?

ROTEIRO ENTREVISTA PROFISSIONAIS

Parte I – Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Função/cargo:

Tempo na função/cargo:

Parte II- Questões específicas

1. A Rede de Atenção às mulheres em situação de violência sexual

- Qual o perfil das mulheres vítimas de violência sexual?
- Qual a relação da vítima com o agressor?
- Existe um plano de ação para enfrentamento da violência sexual contra a mulher? Se sim, como se deu seu processo de elaboração?
- O seu setor tem alguma ação/programa voltada às mulheres vítimas de violência sexual? Se sim, pode descrever?
- O Município dispõe de serviços voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual? Se sim, como se dá o acesso?
- Existe algum mecanismo de compartilhamento e/ou articulação entre os serviços existentes voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual? Se sim, qual(s) e como ocorre?
- Qual a sua percepção acerca da articulação entre os serviços existentes voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual? Destaque as fragilidades e potencialidades.
- Que estratégias propõem para aprimorar a rede de cuidados voltados ao cuidado de mulheres vítimas de violência sexual?

- Que recursos/ações o SUS disponibiliza a mulher vítima de violência sexual?
- Qual a sua percepção acerca da adesão da mulher vítima de violência frente às ações ofertadas?
- Qual o papel da Atenção Básica no cuidado de mulheres vítimas de violência sexual?
- Existe algum espaço de tomada de decisão envolvendo todos os responsáveis pela atenção à mulher vítima de violência sexual? Se sim, quem participa e qual o seu papel na gestão da rede?
- Existem protocolos e fluxos assistenciais voltados à atenção às mulheres em situação de violência?
- Qual o primeiro lugar que a mulher procura quando sofre violência sexual?
- Na sua percepção quais são as principais necessidades apresentadas pelas mulheres em situação de violência sexual?
- Como ocorre a notificação compulsória dos casos de violência sexual contra as mulheres?
- Existe alguma iniciativa voltada ao monitoramento e avaliação dos casos notificados? Se sim, como é feita a publicização? E, a gestão utiliza tais resultados? Como?
- Como você adquiriu conhecimentos para atuar nesta área? Você considera que é suficiente para que desenvolva seu trabalho?
- De que forma o serviço no qual você atua tem contribuído para o seu crescimento profissional?
- Qual seria o melhor resultado possível na atenção às mulheres em situação de violência?



2. Intersetorialidade na Rede de atenção

- Na sua concepção, o que seria violência contra a mulher?
- Quais as consequências da violência sexual na saúde das mulheres?
- Você sabe quais são os serviços existentes no município voltados à mulher vítima de violência sexual? Se sim, quais? Como você teve acesso a tal informação?
- Como se dá a articulação intersetorial da saúde com outros setores/instituições envolvidas na atenção à mulher vítima de violência? Como avalia essa articulação? Pontue as dificuldades e as facilidades?
- Na sua percepção os serviços/ações existentes conseguem responder às necessidades das mulheres vítimas de violência? Explique sua resposta.
- Como se dá o encaminhamento para serviços ofertados por outros setores que não a saúde? Como avalia essa articulação?
- Existe algum mecanismo de comunicação junto a população sobre os serviços existentes voltados à mulher vítima de violência sexual? Explique sua resposta.
- Descreva seu processo de trabalho junto às mulheres em situação de violência sexual?
- Como avalia o cuidado prestado às mulheres em situação de violência sexual?

3. Complementação

- Gostaria de contribuir com mais alguma informação relacionada ao tema

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

| | | |
|---|---|---|
|  | <p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p> <p>(TCLE)</p> |  |
|---|---|---|

Título do projeto: Rede de Atenção a Mulher em situação de violência sexual no Município de Camaçari: os desafios da intersectorialidade

Prezada/Prezado Participante,

Você está sendo convidada (o) para participar como entrevistada (o) da pesquisa **Rede de Atenção a Mulher em situação de violência sexual no Município de Camaçari: os desafios da intersectorialidade**, desenvolvida por LILIANE MASCARENHAS SILVEIRA, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), sob a orientação da Professora Dr^a Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira.

O objetivo geral do estudo é analisar a partir do setor saúde, a intersectorialidade na Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no município de Camaçari.

O convite a sua participação se deve à sua inserção como gestor/profissional das linhas de atenção às mulheres em situação de violência sexual do município de Camaçari.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação em qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa em pauta.

No sentido de garantir o sigilo das informações e a privacidade da (o) entrevistada (o), todo e qualquer dado que possa identificá-la (o) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

Caso você deseje que seu nome ou de sua instituição conste do trabalho final de pesquisa, é importante que isso seja registrado para conhecimento em qualquer tempo do Comitê de Ética em Pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contatos explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização da (o) entrevistada (o). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As

entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivo digital, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme recomendação constante nas Resoluções nº 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

Como benefícios diretos de sua participação nesta pesquisa, consideramos que seus comentários e observações em um estudo aprofundado sobre redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual na perspectiva de intersetorialidade podem contribuir para o fortalecimento das políticas públicas, apontando suas potencialidades, boas experiências bem como suas lacunas e dificuldades. As experiências do Município de Camaçari favoreceram as contribuições teóricas e o aproveitamento das práticas exitosas, quando discutidas e analisadas.

Serão tomadas todas as medidas para que não haja qualquer tipo de constrangimento para o entrevistado antes, durante ou depois das entrevistas. No entanto, caso aconteça algum imprevisto, fica a pesquisadora responsável por esclarecer ou justificá-los, bem como minimizá-los para os sujeitos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e no trabalho de conclusão do mestrado.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para a (o) participante e outra para a pesquisadora. Qualquer dúvida ou esclarecimentos sobre a entrevista ou seu conteúdo poderá ser feito pelo telefone com a pesquisadora responsável LILIANE MASCARENHAS SILVEIRA, (71) 99127-5612, mestranda em Saúde Coletiva /MEPISCO/UNEB.

DECLARAÇÃO

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa, a metodologia de trabalho e os procedimentos nela envolvidos, bem como as condições de minha participação e concordo em participar como entrevistada (o) do estudo: Rede de Atenção a Mulher em situação de violência sexual no Município de Camaçari: os desafios da intersetorialidade.

Nome do entrevistado (a):

Formação:

Local de trabalho:

Função:

Data:

Assinatura do entrevistado

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



ESTADO DA BAHIA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
 SECRETARIA DE SAÚDE
 DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE
 Rua Oito de Dezembro, nº 43 - Centro. CEP: 42.800-000 – Camaçari-BA.
 Telefone: (71) 3454-0175 E-mail: dplan_sesacamacari@gmail.com
 CNPJ nº. 11.432.780/0001-65

CARTA DE ANUÊNCIA

A Diretoria de Planejamento, Avaliação e Monitoramento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari – BA declara apoio à realização da pesquisa intitulada: "Rede de Atenção a Mulher em situação de violência sexual no Município de Camaçari: os desafios da intersectorialidade" a ser realizada a partir de entrevistas com profissionais que atendem Centro de Atenção à Saúde da Mulher no município.

O trabalho será realizado por Liliene Mascarenhas Silveira, sob a orientação da Profª. Drª Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, vinculada ao MEPISCO/UNEB. O trabalho tem como objetivo analisar a intersectorialidade na Rede de Atenção à Saúde para Mulheres em Situação de Violência Sexual no município de Camaçari.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da responsabilidade como pesquisadora da referida Instituição proponente, concedemos anuência para seu desenvolvimento. Fica autorizada a divulgação dos nomes dos serviços de saúde em relatórios e futuras publicações.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 486, de 12 de dezembro de 2012 e o projeto somente poderá iniciar na Unidade de Saúde, mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, a pesquisadora responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e equipe de saúde da unidade onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Camaçari, 02 de junho de 2023.

Documento assinado digitalmente
 TAMY SIRAISSI FONSECA
 Date: 02/06/2023 14:20:07 -0300
 Verifique em: <https://validar.jf.gov.br>

Tamy Siraisi Fonseca
 Diretora do Departamento de Planejamento,
 Avaliação e Monitoramento do SUS

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI: OS DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE

Pesquisador: ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73871323.0.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.323.659

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA, Campus I, da Universidade do Estado da Bahia..

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa terá como campo o município de Camaçari, localizado na Região Metropolitana de Salvador. Estima-se uma população de 309.208 habitantes (IBGE,2021), destes 51% (157.738) são mulheres, entre 2017-2021 foram notificados 406 casos de violência contra mulher. Para produção de dados definiu-se os seguintes procedimentos: (1) análise documental (relatórios, planos, portarias, atas, dentre outros), (2) dados epidemiológicos e (3) entrevista semiestruturada com gestores e profissionais vinculados ao cuidado de mulheres em situação de violência sexual. Adotar-se-á a técnica de análise de conteúdo para a sistematização e discussão dos resultados a partir dos seguintes referenciais teóricos: rede de atenção à saúde e intersectorialidade. A fim de facilitar a referida análise construiu-se um plano com duas categorias analíticas: rede de atenção e intersectorialidade, constituídas das seguintes categorias operacionais: população, serviços, mecanismo de compartilhamento-meios de comunicação entre os serviços-, governança, fluxos, protocolos, espaços colegiados, qualificação de RH, sistema de informação (rede de atenção) e processo de constituição da rede, motivação, gestão administrativa, conceito de violência contra mulher, articulação entre os atores (intersectorialidade).

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.460-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



Continuação do Parecer: 6.323.659

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a intersectorialidade na Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no município de Camaçari.

Objetivo Secundário:

- Identificar facilidades e dificuldades na organização da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual no município de Camaçari;
- Compreender como se configura as relações intersectoriais dos serviços voltados às mulheres em situação de violência sexual no município de Camaçari.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Compreende-se que toda pesquisa com seres humanos assume algum tipo de risco. Caso haja a eventualidade de dano, este pode acarretar o indivíduo ou a coletividade, de maneira imediata ou tardia. Porém, considera-se que os riscos relacionados a essa pesquisa são mínimos, sendo admissíveis, já que oferecem a possibilidade de conhecer, problematizar e até aliviar um problema que afeta o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos, tornando-a viável para sua efetivação. Devido a coleta de informações o senhor poderá ter riscos de questões relacionadas aos lócus do trabalho e trabalhadores o que impactem nos efeitos do mestrado profissional dos trabalhadores egressos o que pode gerar certo grau de ansiedade e/ou outros sentimentos no momento da execução da pesquisa, a variar das experiências de cada participante, por envolver situações em que o sujeito está intrinsecamente envolvido.

Benefícios:

A realização desta pesquisa trará ou poderá trazer benefícios tanto para o participante quanto para o município, para o meio científico e do trabalho em saúde principalmente no âmbito do cuidado as mulheres vítimas de violência sexual, já que problematiza e aprofunda sobre questões relacionadas a integralidade e intersectorialidade da rede de cuidados as mulheres vítimas de violência. Bem como, a compreensão, a partir de uma realidade concreta, como uma rede de cuidados é operacionalizada à luz dos conceitos de rede de atenção em saúde e intersectorialidade, identificando limites e possibilidades

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O orçamento: Registrado dentro dos aspectos da pesquisa.

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.460-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



Continuação do Parecer: 6.323.659

Objetivos específicos: Alinhar informação. No projeto resumido consta 2 objetivos específicos e no projeto completo 4. As informações na plataforma devem ter o mesmo conteúdo do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1 – Termo de compromisso do pesquisador responsável: Em conformidade com a normativa;
- 2 – Termo de confidencialidade: Em consonância
- 3 – A autorização institucional da proponente: Em consonância;
- 4 – A autorização das instituições coparticipantes: Em consonância
- 5 - Folha de rosto: Em conformidade;
- 6 – Modelo do TCLE: Em conformidade
- 7 – Modelo do Assentimento: Não se aplica
- 8 – Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa: Apresentado dentro da eticidade;
- 9 – Termo de concessão: Não se aplica
- 10 - Termo de compromisso para coleta de dados em arquivos: Não se aplica

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise consideramos que o projeto encontra-se aprovado para a execução uma vez que atende ao disposto nas resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos não havendo pendências ou inadequações a serem revistas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122: antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
 Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.460-120
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br



Continuação do Parecer: 6.323.659

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2163590.pdf | 01/09/2023 09:08:21 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termocompromissopesquisador.pdf | 01/09/2023 09:07:03 | ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA | Aceito |
| Outros | Termodeautorizaçãodaproponente.pdf | 01/09/2023 09:07:58 | ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA | Aceito |
| Outros | termoconfidencialidade.pdf | 01/09/2023 08:46:22 | ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA | Aceito |
| Declaração de concordância | declaracaconcordanciaparticipante.pdf | 01/09/2023 08:45:43 | ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderostoassinada.pdf | 20/06/2023 11:01:16 | ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 16/06/2023 15:45:34 | ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetoPesquisa.pdf | 16/06/2023 15:28:40 | ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Setembro de 2023

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Engenheiro Oscar Pontes 1122, antigo prédio da Petrobras 3º andar, sala 1, Água de Meninos,
Bairro: Água de Meninos - site www.cep.uneb.br CEP: 40.460-120
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3612-1330 Fax: (71)3612-1300 E-mail: cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br