

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Promoção de Saúde e Prevenção da**  
**Violência**

Meire Rose de Oliveira Loureiro Cassini

**Atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde:**  
**Uma proposta de currículo para ensino a distância voltado aos profissionais de saúde em**  
**Unidades Hospitalares**

Belo Horizonte

2023

Meire Rose de Oliveira Loureiro Cassini

**Atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde:  
Uma proposta de currículo para ensino a distância voltado aos profissionais de saúde em  
Unidades Hospitalares**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Mestrado Profissional Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Graziella Lage Oliveira

Belo Horizonte

2023

C345a Cassini, Meire Rose de Oliveira Loureiro.  
Atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde [recurso eletrônico]: uma proposta de currículo para ensino a distância voltado aos profissionais de saúde em Unidades Hospitalares. / Meire Rose de Oliveira Loureiro Cassini. - - Belo Horizonte: 2024.  
106f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Graziella Lage Oliveira.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Delitos Sexuais. 2. Mulheres. 3. Saúde. 4. Capacitação Profissional. 5. Assistência Integral à Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Oliveira, Graziella Lage. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 605

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às **quatorze** horas do dia **quatro de abril** de dois mil e vinte quatro, modo online plataforma lifestize, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **MEIRE ROSE DE OLIVEIRA LOUREIRO CASSINI**, número de registro 2021724926, graduada no curso de **PSICOLOGIA**, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube a Prof.<sup>a</sup> Graziella Lage Oliveira (UFMG). Inicialmente a Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelas Professoras: Prof.<sup>a</sup> Adalgisa Peixoto Ribeiro (UFMG), Prof.<sup>a</sup> Amanda Marcia dos Santos Reinaldo (UFMG). Em seguida a Presidente autorizou a aluna a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: "**ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DE CURRÍCULO PARA ENSINO A DISTÂNCIA, VOLTADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação **APROVADA**. O resultado final foi comunicado publicamente à aluna pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 04 de março de 2024.

Documento assinado eletronicamente por **Adalgisa Peixoto Ribeiro, Vice presidente da CPPD**, em 05/04/2024, às 10:24, conforme horário oficial



de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Graziella Lage Oliveira, Professora do Magistério Superior**, em 06/04/2024, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Marcia dos Santos Reinaldo, Professora do Magistério Superior**, em 08/04/2024, às 20:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3165125** e o código CRC **4BADD459**.

## DEDICATÓRIA

*Aos que sofreram violências no passado, aos que sofrem violências no presente, aos que promovem cuidados, motivação maior deste nosso ofício, todo respeito e cuidado e, que apesar de, possamos contribuir ativamente para o fortalecimento da prevenção e da promoção dos cuidados integrais, atentos à saúde biopsicossocial, e por uma cultura de dignidade, de humanidade e de paz.*

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, essencial em minha vida, meu guia, me fortalecendo e presente em todos os momentos.

A minha mãe e meu pai “In Memoriam” que com amor e imensa dedicação ao meu lado sempre estiveram e me possibilitaram que muitos dos meus sonhos, desejos, objetivos fossem realizados. Ao meu irmão *ultimogênito*, exemplo de cuidado, amor, companheirismo e que não me deixou desistir e, ao meu irmão *primogênito* “In Memoriam” que me fortaleceu por seu entusiasmo e afeto em me ver crescer. A toda minha família.

Ao meu marido pelo incentivo, amparo e todo esforço para que fosse possível realizar este trabalho. A minha filha, que com sabedoria, esteve ao meu lado e compartilhou de forma amorosa e cuidadosa esse caminhar. Vocês foram fortaleza, incentivo, amparo e amor diários. Sem vocês não teria chegado.

Aos professores e todos os colegas pelos momentos de aprendizagens, trocas, pelo apoio, acolhimento e, por também terem sido fundamentais para que eu seguisse em frente.

A minha orientadora, por toda contribuição a cada passo nesse processo de construção, elaboração e desenvolvimento, por todo incentivo, apoio, direcionamentos, pausas necessárias. Seus ensinamentos, dedicação e todo cuidado foram essenciais, como exemplo em minha formação acadêmica e para a concretização deste trabalho.

Por fim, e não menos importante, a todas as mulheres e homens que com respeito e cuidado, se debruçam pelo fim da violência.

O meu muito obrigada a todos!

*“Renascer sempre, cortar tudo o que aprendera, o que vira, e inaugurar-se num terreno novo onde todo pequeno ato tivesse significado, onde o ar fosse respirado como da primeira vez.”*

Clarisse Lispector, no livro *Perto do coração selvagem*.

## RESUMO

A violência sexual é um problema de saúde pública, social e de direitos humanos. Reconhecida como uma das mais graves violências, pelos danos físicos e emocionais decorrentes, caracteriza-se por qualquer atividade sexual não consensual. Pode resultar em morte ou invalidez, apresentando maior prevalência em mulheres em idade reprodutiva tendo como consequências o surgimento de agravos para a saúde mental e reprodutiva. Seu enfrentamento requer a coordenação entre os diversos dispositivos existentes, entre eles os serviços de saúde. Entendidos como estratégias-chave para os cuidados às vítimas, os serviços de saúde devem ser organizados e estruturados para prover atenção integral e resolutiva às mulheres. Frente esse cenário o presente estudo teve por finalidade apresentar uma proposta para um curso voltado aos profissionais de saúde para o atendimento integral e humanizado à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde hospitalar. O percurso metodológico utilizou-se de revisão de literatura e para a construção do currículo do curso o método dos dez passos de Ten Cate direcionado para ensino a distância. Como resultados obteve-se: 1) o desenvolvimento de um curso de capacitação voltado para a atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde hospitalar e 2) a produção de uma resenha do livro “Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios”, de Ludmila Fontenele Cavalcanti, publicado em 2022. O curso foi delineado para ter uma carga horária total de 50 horas, distribuída em 6 unidades abrangendo tópicos interdisciplinares e de conhecimentos, habilidades e atitudes relevantes para a intervenção no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Foi estruturado em formato à distância, assíncrono, autoinstrucional, focado na aprendizagem ativa do aluno e com o currículo orientado por competências. O resultado relacionado à resenha será apresentado neste volume em formato de artigo, de acordo com as normas da revista para a qual será enviado e a descrição do curso será inserida na seção de resultados. Espera-se que a implementação do curso, em futuro próximo, seja capaz de fornecer ferramentas aos profissionais de saúde no contexto hospitalar para lidar com a temática da violência sexual e fornecer um cuidado integral e respeitoso às vítimas.

**Palavras-chave:** Violência sexual; Mulher; Saúde; Capacitação.



## ABSTRACT

Sexual violence is a public health, social and human rights problem. Recognized as one of the most serious types of violence, due to the resulting physical and emotional damage, it is characterized by any non-consensual sexual activity. It can result in death or disability, with a higher prevalence in women of reproductive age, resulting in mental and reproductive health problems. Coping with it requires coordination between the various existing devices, including health services. Understood as key strategies for caring for victims, health services must be organized and structured to provide comprehensive and resolute care to women. Given this scenario, the purpose of this study was to present a proposal for a course aimed at health professionals for comprehensive and humanized care for women in situations of sexual violence in hospital health services. The methodological path used a literature review and, to construct the course curriculum, Ten Cate's ten-step method was used for distance learning. The results were: 1) the development of a training course aimed at comprehensive care for women in situations of sexual violence in hospital health services and 2) the production of a review of the book "Sexual violence against women: approaches, contexts and challenges", by Ludmila Fontenele Cavalcanti, published in 2022. The course was designed to have a total workload of 50 hours, distributed in 6 units covering interdisciplinary topics and knowledge, skills and attitudes relevant to intervention in the care of women victims of sexual violence. It was structured in a distance, asynchronous, self-instructional format, focused on active student learning and with a competency-oriented curriculum. The result related to the review will be presented in this volume in article format, in accordance with the standards of the journal to which it will be sent and the course description will be inserted in the results section. It is hoped that the implementation of the course, in the near future, will be able to provide tools to health professionals in the hospital context to deal with the issue of sexual violence and provide comprehensive and respectful care to victims.

**Keywords:** Sexual violence; Woman; Health; Training.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

Quadro 1 - Distinções sobre a natureza de violência .....	19
Quadro 2 - Temas abordados em treinamentos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual contra a mulher.....	65
Quadro 3 - Temas abordados em treinamentos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual contra a mulher.....	66
Quadro 4 - Objetivos gerais e específicos.....	68
Quadro 5 - Cronograma de estudo por unidade.....	72
Quadro 6 - Grade da Unidade 1.....	74
Quadro 7 - Exemplo de questões envolvidas na avaliação de aprendizagem sobre violência, referente à Unidade 1 do curso.....	75
Quadro 8 - Grade da Unidade 2.....	76
Quadro 9 - Grade da Unidade 3.....	78
Quadro 10 - Grade da Unidade 4.....	79
Quadro 11 - Grade da Unidade 5.....	80
Quadro 12 - Grade da Unidade 6.....	82
Quadro 13 - Exemplo de atividade de análise crítica-prática de Caso Clínico 1 sobre violência, referente à Unidade 6 do curso.....	82
Quadro 14 - Exemplo de atividade de análise crítica-prática de Caso Clínico 2 sobre violência, referente à Unidade 6 do curso.....	83

### TABELAS

Tabela 1 - Número de casos notificados de violência sexual no Brasil em cada faixa etária, de acordo com dados do SINAN, 2021.....	45
Tabela 2 - Número de casos notificados de violência sexual no Brasil segundo o sexo, de acordo com dados do SINAN, 2021.....	45

## **FIGURAS**

Figura 1 - Etapas envolvidas na construção do currículo do curso para abordagem da violência para profissionais de saúde hospitalares.....	55
Figura 2 - Dez passos para o desenho de um currículo.....	56

## LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ARV	Antirretrovirais
ATAV	Áreas técnicas de atenção à violência
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centros de referência de assistência social
CREAM	Centros de referência de atenção à mulher em situação de violência
CREAS	Centros de referência de assistência social
DEAM	Delegacias especializadas da mulher
DST	Doença sexualmente transmissível
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SEASDH	Secretaria de estado de assistência social e direitos humanos
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SES	Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SINESPJC	Sistema nacional de estatísticas de segurança pública e justiça criminal
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UBS	Unidades básicas de saúde
VS	Violência sexual

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1. REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
1.1 VIOLÊNCIA	17
1.2 VIOLÊNCIA SEXUAL	27
1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	32
1.4 A EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA	42
1.5 O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	47
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	51
<b>3. OBJETIVOS</b>	54
<b>4. METODOLOGIA</b>	55
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	59
<b>RESULTADO I</b>	
5.1 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DE CURRÍCULO	61
5.1.1 Passo 1: Descrição da justificativa do currículo	61
5.1.2 Passo 2: Análise do perfil da clientela	64
5.1.3 Passo 3: Elaboração dos objetivos	64
5.1.4 Passo 4: Estabelecimento dos princípios educacionais aplicados ao currículo	70
5.1.5 Passo 5: Estruturação do currículo	70
5.1.6 Passo 6: Descrição do curso e dos módulos	73
5.1.7 Passo 7: Elaboração do sistema de avaliação da aprendizagem	83
5.1.8 Passo 8: Descrição do modelo de organização do curso	84
5.1.9 Passo 9: Estabelecimento do processo de gerenciamento	85
5.1.10 Passo 10: Organização do sistema de avaliação do curso	86
<b>RESULTADO II</b>	
5.2 RESENHA DO LIVRO - Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios	88
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	91
<b>REFERÊNCIAS</b>	94
<b>APÊNDICE A - MATERIAL DE APOIO</b>	104
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE CONSULTAS</b>	106

## INTRODUÇÃO

A violência sexual aumentou significativamente ao longo da história e é considerada um problema de saúde pública, principalmente entre as mulheres. Nas últimas três décadas, a violência sexual (VS) foi identificada como um fenômeno social cada vez mais proeminente. É uma das formas mais hediondas de violência de gênero e violação dos direitos humanos, caracterizada por qualquer ato sexual não consensual, que pode resultar em morte ou invalidez sendo mais prevalente entre mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2012).

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (BRASIL, 2019), estima-se que aproximadamente um terço (35%) das mulheres em todo o mundo já sofreram VS de um parceiro ou terceiro durante a vida. No Brasil, foram registradas 66.041 vítimas em 2018, sendo 81,8% do sexo feminino, 53,8% menores de 13 anos e 50,9% negros, o que representou um aumento de 4,1% em relação ao ano anterior. O Ceará registrou 1.790 crimes sexuais, 1.525 dos quais envolvendo mulheres, um dos maiores índices de criminalidade do país.

Conforme apontam a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021) e o Ministério da Saúde (2004; 2007; 2010), os profissionais da área da saúde devem ser capacitados para adotar as medidas protetivas e de gerenciamento de cuidados preconizadas nos protocolos técnicos, bem como, prestar atendimento humanizado, isento de julgamentos morais e crenças pessoais. Neste sentido, as instituições responsáveis pela formação dos profissionais da saúde têm buscado assegurar que todos façam formações neste âmbito, com forte sugestão de que tais formações sejam ministradas no formato de ensino a distância, com materiais instrucionais, normativos e educativos (online) disponíveis e de fácil acesso. Nesse entendimento, as práticas educativas contribuem de modo a ancorar, a fortalecer, como ainda, a possibilitar ao profissional maior engajamento, segurança e qualidade na atenção à saúde dessas mulheres.

Embora se reconheça os agravos em saúde resultantes da violência sexual contra as mulheres (BRASIL, 2012), estudos recentes destacam ser urgente ampliar a discussão sobre a questão da violência de gênero e dos direitos humanos, como ainda, a essencialidade da formação profissional teórico-prática e dos espaços de reflexão crítica e dialogada, onde os profissionais recebam apoio e suporte para lidarem com um tema tão árduo e complexo. Tais fatores, se apresentam como primordiais para que estes profissionais estejam aptos, oferecendo a integralidade dos cuidados necessários (CAVALCANTI, 2022). Desta forma, aponta-se como uma necessidade atual, possibilitar aos profissionais de saúde uma formação

abrangente nesta temática, que fomente reflexões analíticas do contexto, promova desenvolvimento técnico e prático, favoreça as ações e as práticas profissionais, fortalecendo e contribuindo para efetividade e qualidade dos serviços prestados, como ainda, para consolidação e construção de políticas públicas voltadas para a prevenção e promoção de cuidados a mulher em situação de violência sexual.

Ao mesmo tempo em que as instituições garantem que disponibilizam a formação adequada ao seu conjunto de trabalhadores, os profissionais de saúde garantem que não estão preparados para atender a essa demanda. A justificativa é que permanecem lacunas nas concepções teóricas e nas estratégias operacionais, causadas por abordagens superficiais da formação acadêmica e fragilidades na implementação da educação permanente no contexto da prática profissional (MOREIRA, 2018).

De acordo com Kiss & Schraiber (2011), tanto a gestão de saúde como os profissionais não se sentem capazes de prestar assistência qualificada e comprometida às mulheres em situação de violência sexual que recorrem aos serviços de saúde, mesmo quando suas reivindicações legais são reconhecidas.

Dado ao contexto apresentado, esse tipo de violência tem ganhado espaço para discussão, com destaque para o ensino superior por fomentar o debate sobre os estados de saúde e doenças que afetam a vida das populações. Porém, é certo que a formação não expressou preocupação com a abordagem desse tema, pois ainda é influenciado por modelos biomédicos (SOUZA & ADESSE, 2005). Como efeito, essa situação faz com que muitos casos de VS passem despercebidos pelos serviços de saúde devido às dificuldades e entendimento específico, teórico, técnico e prático, dos profissionais na identificação desses casos (CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Como resultado, reconhece-se a necessidade de ampliar o debate teoria-prática na academia, em sua formação profissional. Essa ação está fundamentada na ideia de que o aluno de graduação em saúde atuará frente a VS e, ao se deparar com um caso, deve sentir-se motivado e pronto para contribuir com a solução por meio da identificação e intervenção, conforme previsto nas normas técnicas (CAVALCANTI, 2022). Diante do exposto, motivada pelo interesse em estudar a temática, este estudo foi desenvolvido para apresentar uma proposta para um curso de capacitação em atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde no âmbito hospitalar, em formato à distância, com o currículo orientado por competências voltado a profissionais de saúde que atuam no atendimento as mulheres em situação de violência sexual.

Como percurso metodológico utilizou-se de revisão de literatura e para a construção do currículo do curso o método dos dez passos de Ten Cate direcionado para ensino a distância. Os resultados obtidos foram o desenvolvimento de um curso de capacitação voltado para a atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde hospitalar e, a produção de uma resenha do livro “Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios”, de Ludmila Fontenele Cavalcanti, publicado em 2022.

O curso foi delineado para ter uma carga horária total de 50 horas, distribuída em 6 unidades abrangendo tópicos interdisciplinares e de conhecimentos, habilidades e atitudes relevantes para a intervenção no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, sendo estruturado em formato à distância, assíncrono, autoinstrucional, focado na aprendizagem ativa do aluno e com o currículo orientado por competências.

Na seção de resultados será apresentado a descrição do curso. O resultado relacionado à resenha será apresentado neste volume em formato de artigo, de acordo com as normas da revista para a qual será enviado.

Espera-se que a implementação do curso seja capaz de fornecer ferramentas aos profissionais de saúde no contexto hospitalar para lidar com a temática da violência sexual e fornecer um cuidado integral e respeitoso às vítimas.



## 1. REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 VIOLÊNCIA

A violência é um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil e se constitui como um fenômeno social que existe em todos os lugares e em todas as classes sociais. É uma violação dos direitos humanos, afetando a vida humana, a saúde e a integridade física e mental (HAYECK, 2015; WHO, 2021).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência envolve o uso intencional da força ou poder sob forma de ameaça ou efetivamente, seja contra si mesmo, por outra pessoa ou por um grupo ou comunidade, podendo acarretar em lesão, dano psíquico, alterações do desenvolvimento, privações ou mesmo a morte (OMS, 2002).

A violência é tão antiga quanto todas as sociedades e seu conceito vem se construindo ao longo dos tempos. Para Diniz (1999, p. 10), “a violência é de todos e existe em todos”. A diferença é que ela se manifestou de forma diferente na história e se caracteriza de acordo com os padrões de cada época. Como regra, combate-se a violência introduzindo uma dose maior de violência com o objetivo de eliminá-la. Nas “sociedades sem um judiciário institucionalizado, é uma série de proibições, sacrifícios e rituais que cumprem essa função” (DINIZ, 1999, p. 19).

De acordo com Grossi (2012) a palavra violência é derivada do latim, *violentia*, que significa força física e vitalidade. Quando essa força física ultrapassa os limites sociais ou altera os protocolos e regras que regem as relações sociais, torna-se violenta. A percepção das limitações e do sofrimento causado pela violência determinará se um ato é violento, o que sempre muda de acordo com o contexto histórico, dificultando uma definição definitiva do fenômeno. A violência constitui uma relação social em que a outra parte é negada e o espaço para o diálogo desaparece, já que não há espaço para debate ou negociação de necessidades específicas, sempre sublinhando a arbitrariedade. Ao propor uma análise do problema da violência na sociedade brasileira, não é possível reduzir esse fenômeno a meras causas, efeitos ou estatísticas, mas destacar sua importância na Constituição e na organização social de nosso país, compreendendo que a violência é multifatorial e interage com outros fenômenos.

Ao definir violência, Chauí (2011) enfatiza o ato de se usar a força contra a natureza de violação a outro ser, seja contra a liberdade e a espontaneidade e de transgressão no ato de ir contra o que fora definido como justo e de direito. A autora evidencia o ato de brutalidade inserido na violência, do abuso físico e/ou psíquico e das relações intersubjetivas e sociais.

Para ela, há na violência uma despersonalização, uma objetificação dos seres, tratando-os como coisa, insensível, inerte, passível e irracional, indo de encontro ao que seriam, seres dotados de linguagem, sensível, demarcando a existência opositiva da violência à ética. Já Bourdieu (2003; 2007) sinaliza sobre a violência muitas vezes não identificada, invisível, tratada como a ‘violência simbólica’, onde a relação de submissão se dá em cumplicidade à dominação, à qual o sujeito, por meio das vias simbólicas do conhecimento e comunicação, comunga das ideias como naturais, o que tende a tornar a resistência menor e de difícil livramento.

Quanto à tipologia, a OMS (2002) estabelece três grandes grupos, segundo quem comete o ato violento:

1) Violência Autoprovocada/Auto Infligida

- Violência contra si próprio - Compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.

2) Violência Interpessoal -

- Violência doméstica/intrafamiliar - A que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, no ambiente domiciliar na maioria dos casos, mas não unicamente. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família. Inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, tais como empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente.

- Violência extrafamiliar/comunitária - É aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça (polícias, Ministério Público e poder Judiciário).

3) Violência Coletiva - A violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica. O que a difere das outras categorias, é a existência sugestiva de motivos possíveis nas subcategorias para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados.

Neste aspecto, a violência contra a mulher pode ocorrer de várias formas e com graus alternados. Apresenta-se a seguir um quadro no que se refere a natureza da violência de acordo com a OMS (2002):

**Quadro 1 – Distinções sobre a natureza de violência**

<b>Forma</b>	<b>Conceito</b>	<b>Manifestação</b>
<b>Violência física</b>	Atos violentos, que utilizam da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. É toda e qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.	Manifesta-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, torturas, perfurações, mutilações, entre outras.
<b>Violência psicológica</b>	Qualquer conduta que cause dano emocional e restrição de acesso ou qualquer outro meio que prejudique a autodeterminação, à identidade, ao desenvolvimento e/ou a saúde mental da pessoa.	É toda forma de rejeição, punições, humilhações, depreciação, desrespeito, discriminação, cobrança exagerada, incluído o bullying e o cyberbullying, por meio de ameaças, extorsão, constrangimento, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contínua, ridicularização, exploração sendo a utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.
<b>Violência moral</b>	Consiste na opressão e/ou exposição moral da pessoa, sendo qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.	Emitir juízo de valor sobre a conduta, acusar e/ou fazer críticas inverídicas, expor a vida íntima, rebaixar por meio de xingamentos sobre a índole e/ou desvalorizar a integridade de uma pessoa.
<b>Violência sexual</b>	Qualquer ato entendido como obrigando, por intimidação, ameaça, coerção ou uso da força, a testemunhar, manter ou se envolver em relações sexuais indesejadas; induzi-la a comercializar ou de qualquer forma explorar sua atividade sexual, impedi-la de usar qualquer método de contracepção, ou coagi-la ao casamento, gravidez, aborto ou prostituição por coerção, extorsão, suborno ou manipulação, ou restringir ou cancelar o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.	Utiliza de posição de poder, de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.

<p><b>Tráfico de seres humanos</b></p>	<p>Sempre que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, se caracteriza como pessoa em situação de tráfico de pessoas.</p> <p>Pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes.</p>	<p>Inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, ou trabalho sem escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física.</p>
<p><b>Negligência/ Abandono</b></p>	<p>É considerado como a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima.</p> <p>O abandono consiste em uma forma extrema de negligência.</p>	<p>Qualquer ato e/ou ação de privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola.</p>
<p><b>Violência patrimonial/ financeira/ econômica</b></p>	<p>Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra pessoas idosas, mulheres e deficientes.</p>	<p>Qualquer ação que constitua a retenção, redução, destruição parcial ou total de seus objetos, ferramentas de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, inclusive aqueles destinados à satisfação de suas necessidades.</p>

**Fontes:** OMS (2002). Elaborado pela autora (2024)

Conforme Schraiber *et al.* (2003) a violência, em suas mais variadas formas, é descrita como um fenômeno social e histórico que já existia no contexto da sociedade brasileira antes mesmo da chegada dos europeus. Explorar esse tema exige um retorno ao passado, buscando compreender as origens históricas do Brasil, a partir do regime colonial (1540-1822). Na estrutura política portuguesa, neste caso, a violência tem particular relevo no extermínio dos povos indígenas, na violência e no racismo da escravatura e na escravização das mulheres. O enfrentamento dessa violência, marcada por fortes relações de dominação, por parte dos grupos oprimidos foi observado na história do Império brasileiro (1822-1889) pelo surgimento de diversas rebeliões como o levante dos Balaios, Cabanagem, Sabinada e a Guerra dos Farrapos.

Durante a República Velha (1889-1930), início da industrialização e urbanização do Brasil, o poder dos coronéis foi consolidado também sob forte violência, perpetrada contra a população rural. Marcam este período, a desigualdade social e a pobreza exacerbadas, a

violência nos centros urbanos e a perseguição aos partidos políticos. A partir de 1930, inicia-se o período de consolidação da modernização do Brasil, com expansão e domínio da elite política e econômica nacional e do capitalismo comercial mundial, alterando as estruturas de poder, mas sobretudo, prevalecendo o protagonismo do Estado, bem como, fazendo-se cumprir formalmente a função de garantir a democracia e as liberdades individuais, por meio da monopolização da violência (HARVEY, 2008).

O período subsequente da história brasileira (1964-1985) foi marcado pela por tal legalização da violência de Estado (perseguições e prisões, fim das liberdades pessoais, cassação de mandatos, tortura, exílio, fim dos partidos políticos) e Resistência à Ditadura: a luta armada. Além disso, há o surgimento das favelas do Brasil durante a ditadura civil-militar, onde a violência se tornou corriqueira, e o início da guerra às drogas, que traz violência para o dia a dia dos brasileiros. Na nova república, a violência não era legalizada pelo Estado porque a Constituição de 1988 (Constituição Cidadã) é baseada nos direitos humanos. Porém, com o neoliberalismo e as privatizações, esse período histórico foi marcado por protestos e violenta repressão policial, além do aumento das desigualdades, pobreza e violência (SCHRAIBER *et al.*, 2003).

Desta maneira, a história do Brasil pode ser contada através da violência porque o passado e o presente violentos do Brasil se misturam e se confundem. No país, têm-se a sensação de que a violência tornou-se naturalizada e parte integrante da sociedade.

Conforme Zaluar (2001), além de todos esses fenômenos políticos violentos, ainda hoje comete-se crimes em nome da intolerância, principalmente contra negros, homossexuais e mulheres. Além da violência física (que nunca acabou), nos dias atuais a violência também se manifesta por meio de linchamentos nas redes sociais, nos espaços públicos e políticos. A vida cotidiana, historicamente repleta de violência, cria novos comportamentos, sendo o medo um deles. O medo mudou nosso comportamento social e até a arquitetura das cidades, dando origem a muros, cercas elétricas e condomínios, entre outros dispositivos de segurança que levam à segregação. Nesse sentido, embora o medo em si seja uma condição natural do ser humano, o problema que se apresenta é o medo excessivo, gerador de desconfiança e alienação (CALDEIRA, 2000; TAVARES, 2012).

No caso do Brasil, ao longo de sua história, o Estado não conseguiu desenvolver leis confiáveis e eficazes para mediar as relações entre os cidadãos. O resultado é que, ao longo de nossa história, o que tem existido não é a redução das relações de agressividade, mas sim a persistência de valores que veneravam e valorizavam a força como alternativa amplamente utilizada para a resolução de conflitos (HARVEY, 2008). A prevalência da violência não

representa apenas as consequências dos atos criminosos, mas antes de tudo delinea a estrutura constitucional da sociedade brasileira. Ao longo de nossa história, esse quadro perpetuou uma cultura que utilizou a violência como meio de resolução de conflitos e manutenção das relações de poder (ZALUAR, 2001).

Osterne (2011) observou que a violência se manifesta de forma diferente para homens e mulheres.

[...] porque enquanto os homens vivenciam a violência por parte de outro homem na rua, em locais públicos, na grande maioria dos casos as mulheres são vítimas da violência masculina, primeiro em casa, depois no privado espaço, seu agressor é (ou foi) geralmente seu namorado, marido, filho, parceiro, amante ou outra pessoa que eles conhecem de alguma forma. (p. 131)

Segundo a autora, a violência ocorre com maior frequência contra a mulher dentro da família e, na maioria das vezes, é perpetrada por pessoas próximas com as quais existe vínculo de afeto. Quanto aos homens, as brigas ocorrem frequentemente nas ruas, em espaços abertos como bares e estádios, e muitas vezes envolvem apenas homens (OSTERNE, 2011).

Com o avanço da atuação feminina no cenário social, atuando no Judiciário, no Congresso Nacional, na Assembleia Legislativa, na Câmara, nas Forças Armadas e nas forças militares estaduais, o gênero feminino condicionado pela sociedade como sexo frágil, tem-se mostrado não ser tão vulnerável assim.

Historicamente, a mulher era um objeto de preconceitos, cristalizados mais ou menos estereotipados, os quais são decorrentes dos esquemas de dominação social que caracterizam o sistema patriarcal tradicional existente ainda na sociedade atual. (RAMOS, 2009, p. 56).

No início da década de 1980 no Brasil ainda não existiam políticas públicas direcionadas para o enfrentamento da violência contra a mulher. Foi a partir do fortalecimento do movimento feminista que se iniciaram parcerias públicas para trabalhar com esse problema. Conforme Ramos (2009), foi a partir dos movimentos feministas que surgiram os conselhos Estaduais, em 1983 em São Paulo, os dispositivos de Defesa dos direitos da mulher, em 1984 nacionalmente, e as delegacias Especializadas em atendimento à mulher em 1986.

Embora as mulheres tenham conseguido se colocar no mercado de trabalho em postos antes apenas ocupados por homens, observa-se um recorte importante relacionado à classe social. Mulheres de classe média e alta, têm conseguido alcançar maior poder social e econômico, embora ainda bastante aquém do observado entre os homens (RAMOS, 2009).

Em que pese os avanços obtidos pelas mulheres, é no seio familiar que a violência permanece e é ainda naturalizada, particularmente quando praticada pelo parceiro íntimo. O

conceito de violência intrafamiliar é definido como todo ato ou omissão que lese a pessoa de forma física, psicológica ou agrida a liberdade e o direito acerca do desenvolvimento dentro de um âmbito familiar. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, por qualquer de seus integrantes que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Nesse aspecto há inclusão de pessoas que possuem uma relação de poder, mesmo sem laços de sangue ou aqueles que praticam a violência como pai ou mãe. A violência intrafamiliar é distinta da violência doméstica, uma vez que esta última inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, como agregados, empregados(as), e/ou pessoas que estejam convivendo de forma esporádica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com Ramos (2009, p. 26):

Os acontecimentos que geram violência têm imediações familiares. Haja vista que a prática violenta se dá pelos próprios parceiros e/ou familiares. Por isso qualquer pessoa do sexo feminino ou não estão sujeitas à violência doméstica, não dependendo para isso de seu *status* financeiro ou étnico e ainda a sua maneira de visualizar a vida com aspectos do passado ou sendo visionária ou sendo de qualquer região.

Qualquer mulher pode ser vítima da violência doméstica, independente do seu nível socioeconômico, da cor de sua pele, do local e das condições onde mora, de sua crença ou estilo de vida. O reflexo da violência doméstica perpetua-se em diversos danos e desequilíbrios humanos, podendo levar as vítimas a sérios transtornos mentais (suicídio, depressão, uso de drogas) e problemas de saúde física, podendo causar dificuldades de reintegração à vida profissional e educacional (RAMOS, 2009).

O espaço doméstico, portanto, torna-se um dos principais locais para a ocorrência do ato violento, delimitando o agressor como pessoa que tem livre acesso a ele. O causador ou praticante do ato violento trata-se, portanto, de uma pessoa do seu convívio íntimo que adentra com facilidade no ambiente doméstico (COSTA, 2007).

Para Stecanela e Ferreira (2011), é evidente que, do ponto de vista político e social, a relação violenta do homem sobre a mulher é a que tem recebido mais atenção por representar um atentado contra os direitos humanos e constituir um grave problema social. As implicações em termos sociais, familiares e de saúde da vítima, causadas pela violência doméstica são conhecidas e constituíram justificativas para a elaboração de leis que a combatam.

A luta contra a violência doméstica insere-se num movimento mais vasto de reconhecimento dos direitos das mulheres, promovido, sobretudo, pelo movimento feminista. A necessidade de lutar contra injustiças e desigualdades sociais conduz a que se privilegie a

denúncia das dominações violentas do homem sobre a mulher. Neste sentido, a violência é encarada de um ponto de vista de dominação.

Não entrando nos contornos desse debate, parece-nos mais importante sublinhar que a violência tem várias cambiantes, e que o seu uso e significado só podem ser compreendidos tendo em conta a relação entre os parceiros. É por isso que nos parece particularmente importante chamar a atenção para a tipologia de violência na medida em que elucida as várias cambiantes da mesma e esclarece as tradições de pesquisa que estão subjacentes no debate em torno da relação entre violência e gênero. (STECANELA; FERREIRA, 2011, p. 22)

O uso da violência pode surgir apenas depois de todas as técnicas não violentas de controle, pelo menos no sentido de ausência de coação física, terem sido usadas, mas, quando ela eclode, instala um controle mais ameaçador e perigoso. Isso porque, a partir dessa eclosão, o controle deixa de ser feito apenas pela gestão de constrangimentos, por exemplo, econômicos, mas também pelo conhecimento que tem da sua parceira e da intenção de controlar completamente a relação, não receando, inclusive, atacá-la fisicamente. O medo passa a ser o principal meio de controlar a vítima, configurando o exercício do controle e do abuso psicológico sobre a mulher (MILLER, 1999).

De acordo com Queiroz (2015), o que marca constitutivamente a violência é uma tendência à destruição do outro, ao desrespeito e a negação do outro, podendo a ação situar-se no plano físico, psicológico ou ético.

No âmbito da sociedade brasileira como um todo, é cada vez maior o número de vítimas da violência, destacando a violência doméstica. A violência engloba uma grande influência da violência verbal e/ou física contra a mulher, trazendo consequências na vida da vítima materializadas principalmente por sofrimento psicológico.

Para Queiroz (2015), um dos fatos que levam a mulher que sofre violência a não procurar ajuda é justamente estar presa ao preconceito imposto por uma sociedade que rotula e cria um estereótipo relacionado ao sexo feminino (ainda do período da sociedade patriarcal) que não lhe confere segurança nos campos familiar e judicial. Diante deste contexto, em função do preconceito vivenciado, a mulher frequentemente apresenta-se como se não pudesse requerer ou sentindo-se diminuída e com menos direitos, afastando-se, conseqüentemente, dos meios oficiais que possam garantir o acesso aos direitos e cuidados necessários. Complementar ao preconceito, encontram-se o descrédito dado ao relato pela mulher em situação de violência, a dependência financeira, familiar e relacional vivenciada, como ainda, o despreparo profissional frente a situações de violência contra a mulher,



impactando tanto na busca por atendimento como nos direcionamentos voltados para que a mulher possa não mais vivenciar a violência (CAVALCANTI, 2022).

Assim sendo, as relações de gênero têm destacado ao longo da história o patriarcalismo vivenciado, reforçando o papel social e subalterno vivenciado pela mulher e em contrapartida, as relações de poder, na relação de desigualdade, e da violência por ela sofrida. Corroborando, estudos cada vez mais enfatizam os dados crescentes da violência contra mulher, da relação de gênero construída, a qual em uma relação de desigualdade do homem sobre a mulher, implícita relação de poder, resulta em danos severos, afetando a mulher em todas as áreas de sua vida, seja, no âmbito psicológico, físico, moral, patrimonial e sexual (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011).

Segundo Minayo (2005) a violência doméstica é a violência que ocorre em ambiente doméstico e pode ser cometida por parentes, familiares ou pessoas próximas a eles, geralmente esse tipo de violência ocorre quando o agressor é um familiar. Denegrir o gênero de uma pessoa pode ocorrer entre gêneros iguais e diferentes. A violência doméstica faz parte da violência de gênero. Na maioria das vezes, as mulheres são as principais vítimas nessas situações, pois a cultura patriarcal e machista impõe poder e crueldade aos homens, enquanto as mulheres são submetidas.

No entanto, a violência doméstica não diz respeito apenas à esfera feminina, diz respeito a todos os homens ou mulheres que sofrem abusos e maus-tratos no espaço doméstico. A violência intrafamiliar, por outro lado, se manifesta como qualquer comportamento que possa prejudicar a saúde física e mental de um indivíduo e pode ser cometido por membros da família fora ou dentro do ambiente doméstico, sejam eles parentes consanguíneos ou não.

Osterne (2011) afirma que:

[...] violência doméstica, ou seja, violência que ocorre dentro da família, mas se estende para além dela, como resultado de relações violentas entre os membros da família. Assim, ao invés de morar na casa de um parente, um avô ou avó, tio ou tia comete violência em nome do sagrado vínculo familiar. (p. 138)

Já a violência física é caracterizada por bater, esbofetear, espancar, empurrar, queimar ou usar objetos pontiagudos. Machado *et al.* (2003) definem como: [...] a intenção deliberada ou percebida de causar dano físico a outra pessoa. Danos físicos podem variar de dor leve, passando por tapas, até assassinato. Deixa marcas, hematomas, cortes, arranhões, fraturas e pode até causar perda de órgãos e morte” (p. 13).

Com relação a violência sexual refere-se a atos sexuais ou tentativas de atos sexuais contra a vontade da vítima por meio de agressão e uso da força. De acordo com Minayo (2006) a violência sexual envolve os atos ou jogos sexuais, relações heterossexuais ou homossexuais entre uma ou mais pessoas, praticados de forma compulsiva, com agressão progressiva, com vistas à obtenção do prazer sexual pela força. Considerando o Mapa da Violência (2021) incluem-se como violência sexual: situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/ constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico.

A violência psicológica é considerada como a com maior capacidade de causar danos à saúde mental da pessoa. Conforme Osterne (2011), a violência psicológica, também conhecida como violência emocional, é um comportamento capaz de induzir à tortura ou causar desequilíbrio/sofrimento mental. A violência psicológica pode advir de insinuações, ofensas, julgamentos depreciativos, humilhações, hostilidades, acusações infundadas e palavrões (HIRIGOYEN, 2006). Diferentemente da violência física, a violência psicológica não deixa uma marca no corpo, mas intenso sofrimento emocional, acarretando em feridas emocionais invisíveis, inesquecível, dolorosa, traumática e que podem ocasionar impactos nas diversas áreas da vida da vítima, incluindo a afetiva, comportamental, familiar, social, econômica e financeira (MILLER, 1999). Segundo Madeira e Costa (2012) a violência psicológica não é temporária, mas se delinea na forma como o cônjuge se relaciona com o outro, tratando-o como seu objeto privado. Dessa forma, alguns homens dominam e conquistam emocionalmente suas esposas.

Existem outros tipos de violência menos conhecidos, como a violência moral, simbólica, econômica, institucional e hereditária. A violência moral é entendida como qualquer ação que resulte na difamação ou insulto aos princípios femininos. Considera-se violência moral o tipo que afeta direta ou indiretamente a dignidade, a honra e a moralidade da vítima (BRASIL, 2006). Pode se manifestar em ofensas, acusações infundadas, insultos, tratamento discriminatório, julgamentos precipitados, enganos e restrições à liberdade.

A violência simbólica também é pouco conhecida do grande público e existe dentro da ordem do sistema social vigente. Manifesta-se também por meio de meios de comunicação como preconceito, violência, cenas de estupro, induzindo os indivíduos a reproduzir comportamentos violentos (OSTERNE, 2011).

A violência institucional caracteriza-se pelo envolvimento de instituições públicas ou privadas em crimes, restrições e discriminação racial, econômica ou de gênero. Por fim, existe a considerada violência hereditária que se perpetua como fator influenciador do comportamento e se reflete na forma pela atitude de vandalismo, perda e destruição de bens pessoais e objetos de valor (BRASIL, 2006).

Embora existam diversos tipos de violência contra a mulher, no presente trabalho vamos nos ater apenas à violência sexual, objeto de nosso estudo.

## **1.2 VIOLÊNCIA SEXUAL**

A violência sexual contra as mulheres é descrita não apenas como um ato sexual, mas como qualquer tentativa de obter sexo por meio de coerção ou intimidação para se opor à sexualidade de uma mulher. Pode ser cometida por qualquer pessoa ou em qualquer lugar, mas manifesta-se principalmente no ambiente de trabalho e em casa, sendo os parceiros próximos, amigos e familiares os principais perpetradores (DELZIOVO *et al.*, 2018).

De acordo com a definição da OMS (2002), a violência sexual é considerada como qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obrigando a outra pessoa, não importando qual sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Tal violência inclui o estupro, o abuso incestuoso, o assédio sexual, o sexo forçado dentro do casamento, os jogos sexuais e as práticas eróticas não consentidas e impostas, a pornografia infantil, a pedofilia, o voyeurismo, o manuseio, a penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, e que se constituem como praticas forçadas. Além destas, somam-se as exposições coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, o exibicionismo, a masturbação, a linguagem erótica, as interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Além destes, os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos se caracterizam como violência sexual. Todos, são estes atos são considerados como violência sexual, sendo reconhecidos como crime, seja eles praticados por um familiar, como pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a), e/ou outros parentescos, ou por um, ou mais, desconhecido(s).

No que concerne a violência sexual contra a mulher, além de ser reconhecida como um exemplo frequente de violação dos direitos humanos, também é reconhecida como um grande problema de saúde pública. Reflete expressivos danos físicos e psicológicos, com graves consequências para a saúde mental e saúde reprodutiva. Exemplos desses prejuízos são: aborto e gravidez indesejada, suscetibilidade a doenças sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, isolamento social e sentimento de culpa (RIBEIRO *et al.*, 2016; GARCIA *et al.*, 2016).

Estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2016) no Brasil, Estado do Piauí, ao analisar o perfil da violência sexual contra a mulher, indica que certos fatores de risco no nível individual podem contribuir para a violência sexual e que esses fatores variam de acordo com o contexto de abuso, sendo a violência sexual mais provável de ocorrer entre mulheres. Um dos desafios da violência sexual contra a mulher é entender e reduzir os danos que ela causa às famílias dessas vítimas. A violência geralmente afeta negativamente o bem-estar emocional e social de toda a família, afetando negativamente as habilidades dos pais e os resultados educacionais e profissionais (SOUZA & ADESSE, 2005). Muitas crianças que vivem em lares com violência praticada pelo parceiro íntimo podem apresentar níveis mais elevados de problemas comportamentais e emocionais, que podem levar a dificuldades na educação e no emprego, muitas vezes precipitando aposentadoria precoce, delinquência juvenil e gravidez precoce (WHO, 2010).

Outro desafio reside no combate e prevenção desta violência, que, para além do impacto físico, psicológico e social das vítimas, tem um claro impacto econômico, uma vez que tais lesões podem conduzir a internações de longa duração, traumas e lesões graves e, em casos extremos, perda de função e morte (WAISELFISZ, 2015). Um estudo de 2005 realizado nos Estados Unidos mostrou um aumento no número de mulheres que procuram serviços de saúde mental por causa da violência sexual, exigindo mais aconselhamento profissional. No mesmo estudo, observou-se que as mulheres tiveram maior probabilidade de relatar uso de serviços de emergência, internação e consultas médicas (ARIAS & CORSO, 2005).

Os custos sociais e econômicos da violência contra as mulheres são substanciais e têm repercussões em toda a sociedade. As mulheres podem experimentar deficiências de vários tipos (transitórias ou não), perda de salário, isolamento, incapacidade de participar das atividades diárias e capacidade limitada de cuidar de si mesmas, de seus filhos e de outros membros da família (WHO, 2010; BARUFALDI *et al.*, 2017).

Além de seu custo humano, a violência resulta em perda de produtividade e maior uso de serviços sociais, colocando um enorme fardo econômico na sociedade. Por exemplo, 13%

das mulheres pesquisadas em Nagpur, na Índia, tiveram que deixar o trabalho remunerado como resultado de abuso, perdendo uma média de 7 dias de trabalho por incidente, e 11% foram incapazes de trabalhar devido a incidentes de violência doméstica (WHO, 2010).

De acordo com Garcia *et al.* (2016) embora a violência de gênero nem sempre afete a probabilidade geral de uma mulher conseguir um emprego, ela parece afetar os ganhos de uma mulher e sua capacidade de manter o emprego. Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, as mulheres com histórico de violência de gênero estariam mais propensas a passar por períodos de desemprego, altas taxas de rotatividade de empregos e mais problemas físicos e psicológicos com risco de vida (OMS, 2002; 2021). Elas também teriam renda pessoal mais baixa e mais propensas a receber assistência social do que as mulheres sem histórico de violência de gênero.

Outro fator relevante é o tipo de intimidação ou contenção que os perpetradores usam para cometer crimes sexuais. A penetração vaginal ou anal pode ter consequências desastrosas. Abordar traumas físicos, genitais ou extragenitais é uma questão importante na atenção à saúde da mulher em situação de violência sexual (DIÊGOLI *et al.*, 1996). Corroborando, a Norma Técnica do Ministério da Saúde para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes ressalta que “na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam as necessidades da mulher, da criança ou da adolescente, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas (BRASIL, 2012, p. 23).

De outro modo, dentre as consequências físicas da violência sexual está a contaminação por uma Doença Sexualmente Transmissível (DST):

A contaminação por uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) como resultado da violência sexual pode implicar em severas consequências físicas e emocionais. Se por um lado os danos físicos são pouco frequentes em mulheres em situação de violência sexual, por outro, as DST apresentam taxas seguramente alarmantes. (DREZETT, 2002, p.20).

É importante enfatizar que grande parte das DST causadas por violência sexual são evitáveis. Hepatite B, gonorreia, sífilis, clamídia, tricomoníase, doença de Donovan e cancróide são exemplos de doenças que podem ser prevenidas pela ingestão precoce de medicamentos específicos reconhecidos como eficazes mesmo após contaminação por exposição sexual (BRASIL, 2005).

Dado o elevado risco destas infecções, esta medida previne as consequências nefastas das doenças sexualmente transmissíveis. É certo que a maioria das mulheres que vivenciam violência sexual não utiliza os serviços de saúde ou o faz por muito tempo, o que dificulta a oferta de medidas de proteção. Crianças que sofreram maus-tratos crônicos recorrentemente chegam ao serviço de saúde com infecções, muitas vezes em estágio avançado de evolução clínica, condições cuja recuperação ou comprometimento pode ser alcançado com diagnóstico e tratamento adequados (DREZETT *et al.*, 2001).

Em meio às consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das respostas psicológicas e sociais que acarreta. Muitas vezes, forçada e/ou indesejada, a gestação se apresenta como um segundo tipo de violência intolerável para a mulher (Ministério da Saúde, 2012). No Brasil, o Decreto nº 2.848, Art. 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro de 1940 garante o direito ao aborto em caso de gravidez decorrente de violência sexual (OLIVEIRA, 1987, p. 483). No entanto, a maioria das mulheres ainda não têm acesso a serviços médicos preparados e que garantam adequadamente estes direitos (FAÚNDES *et al.*, 1997; MACHADO *et al.*, 2015).

Com seus direitos não respeitados, mas persuadidas a não conceber até o fim, a maioria das mulheres recorre a abortos clandestinos e em condições inseguras. As consequências catastróficas, embora nunca devidamente mensuradas, ceifaram a vida de milhares de mulheres e comprometeram o futuro reprodutivo de muitas outras. (CREMESP, 2002, p. 71).

É importante compreender que o aborto é um direito da mulher, e não uma obrigação, em casos de violência sexual. Segundo aponta Machado (2015), frente a ideologia patriarcal e as representações de gênero que vigoram na sociedade, os estigmas e a culpabilização sobre a mulher vítima de violência, estão entre os fatores de reforçamento do silêncio imposto a ela, como compromete sua busca por obter ajuda e viola o acesso aos direitos frente a violência sexual, tais como o suporte por equipe profissional da saúde na maternidade ou interrupção da gestação. Nesse sentido, para o autor, ampliar o conhecimento aos profissionais nos serviços de saúde é de fato promover e garantir a responsabilidade e o direito do cuidado a estas mulheres.

Assim sendo, a mulher em situação de violência sexual deve receber informações sobre seu direito ao aborto previsto em lei, como deve ser apresentada com a mesma ênfase sobre a possibilidade de manter a gravidez até o fim, incluindo a criança na família ou encaminhá-la para o processo de adoção de rotina. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar aptos a atender a mulher dentro de suas necessidades e expectativas (BRASIL, 2005). A decisão final é sempre difícil e complexa e depende de cada mulher. Os serviços de

saúde devem respeitar sua autonomia de decisão, atuando como agentes garantidores do direito de tomar decisões de forma absolutamente livre, consciente, esclarecida e informada (CREMESP, 2002; FAÚNDES *et al.*, 1998).

Situações de violência sexual podem envolver agressões, ameaças, intimidação psicológica, lesões e agressões físicas e podem resultar em traumas psicológicos. Decorrente da violência sofrida, a mulher pode apresentar reações intensas, desagradáveis e disfuncionais, acarretando no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), associando dois dos principais sintomas: a evitação e a repetição, o que pode levar as mulheres a evitar encontros sexuais ou a se colocar em situações em que podem ser revitimizadas (CERVANTES, 2013). Levine (1999) ressalta que a violência sexual pode ter múltiplas consequências tanto por meio de barreiras quanto nas relações cotidianas. Os sintomas tornam-se patológicos quando se tornam frequentes e permanentes, como transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares, depressão, tentativas de suicídio, dificuldades emocionais e de relacionamento sexual. Para Early (1993), há certo fatalismo quanto ao futuro de quem vivencia a violência sexual, principalmente se for crônica ou ocorrer na infância. É como se os sobreviventes de traumas tendessem a assumir a posição de novas vítimas de traumas, incapazes de assumir conscientemente o controle de suas vidas.

Por outro lado, a separação é uma estratégia de enfrentamento comum para mulheres que vivenciam a violência sexual e o estigma pode levar à diminuição da autoestima e dificultar o desenvolvimento emocional. O desejo de repetir uma experiência traumática pode ocorrer de várias maneiras, muitas vezes sutis. Ao longo de suas vidas, elas podem associar o sexo a alguns dos fatores que vivenciam durante os períodos de violência sexual. Uma possibilidade é a psicoterapia, que pode oferecer à mulher a possibilidade de elaborar essa experiência (CREMESP, 2002).

Sant'Anna & Baima (2008) observaram que os sintomas de abuso sexual podem dificultar o ajustamento social e emocional da vítima. Os autores também tecem o olhar sobre a importância da atenção aos aspectos psicoemocionais e enfatizam a existência de evidências ainda incipientes da prática psicoterapêutica e das dificuldades enfrentadas para tratar vítimas de abuso neste campo profissional (NUMHAUSER & SOTO, 2006). Freitas & Farinelli (2016) constataram que muitas vítimas acabaram por desistir da psicoterapia por desconhecerem a intervenção dos profissionais da área e, além disso, muitas vítimas se sentiram desconfortáveis ao reviver memórias da violência vivida. Fatores que possam ser indicativos da quantidade limitada de pesquisa e psicoterapia desenvolvidas especificamente para mulheres adultas vítimas de violência sexual. Para os autores, embora que a violência

sexual esteja considerada como uma das principais causas de morbidade no Brasil na atualidade, mesmo assim, poucas pesquisas e tratamentos foram desenvolvidos, ampliados envolvendo especificamente o tratamento de adultos vítimas de violência sexual.

Sem um acompanhamento psicológico adequado, o comportamento dessas mulheres pode mudar drasticamente, pois, além de desenvolver sintomas relacionados ao transtorno psicológico, também pode haver mudanças na forma como as vítimas veem a si mesmas e ao mundo ao seu redor. O potencial para que o comportamento se torne dissimulado, desconfiado e menos sociável está listado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V (2013) e DSM-5-TR (2023), que também destaca mudanças no comportamento sexual de vítimas de violência sexual, bem como em seus relacionamentos amorosos. Mulheres que sofrem violência sexual podem experimentar perda parcial ou total de afeto e/ou interesse sexual por seu parceiro, podendo até mesmo sentir aversão ao contato com outras pessoas.

De outro modo, as vítimas de violência sexual podem experimentar um aumento dramático na atividade sexual, muitas vezes colocando-se em risco quando se envolvem com vários parceiros desprotegidos. Por exemplo, esses sintomas podem ocorrer durante a fase maníaca do transtorno bipolar, um transtorno que pode ser adquirido por vítimas de trauma sexual (BERK, 2011).

É importante observar que cada pessoa pode responder de maneira diferente ao trauma que vivencia e que nem todas as mulheres desenvolverão deficiências graves ou não responderão à psicoterapia, não é uma regra absoluta. Entretanto, ao se haver frente a mulheres em situação de violência sexual, bem como, de qualquer tipo de violências, os cuidados devem incluir aspectos tanto físicos quanto emocionais (BRASIL, 2015).

### **1.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**

Desde 2003, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) atua no combate à violência contra a mulher no âmbito da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (SPM, 2004), que dá continuidade ao Programa Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (SPM, 2003). Essa política abrange apoio a serviços profissionais; capacitação de agentes públicos de prevenção e atendimento; incentivo ao poder público para a criação de serviços multidisciplinares em redes; apoio a programas educativos e culturais de



prevenção à violência; ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (SPM, 2006).

Essa abrangência está descrita em diversos documentos e leis editados nesse período, sendo eles: os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, em 2005 (reformulado em 2008); Lei Maria da Penha, em 2006; Política e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em 2011; Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de Violência, em 2012; Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Lei nº 12.845 – que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de VS, em 2013. Importa destacar que a norma técnica proporciona a garantia da qualidade e segurança, sendo um instrumento organizador, direcionador e, norteador dos serviços como das ações de saúde quanto ao atendimento, disseminando as bases operacionais da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual (BEZERRA *et al.* 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Além destes, outra normatização importante acerca da prevenção da violência contra a mulher é o documento intitulado “Especificação Técnica para a Prevenção e Tratamento dos Agravos por Violência Sexual de Mulheres e Adolescentes”, editado em 1999 e continuamente revisado (BRASIL, 2005). Seu objetivo é organizar o atendimento nos serviços públicos e padronizar a assistência clínica, médica e de enfermagem, coleta de dados para identificação de agressores, contracepção de emergência e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As normas técnicas têm sido traduzidas para os serviços de saúde na forma de protocolos e planos escritos que definem os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder adequadamente às vítimas de violência sexual. Assim sendo, observa-se que diferentes políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) estão cada vez mais voltadas para as situações de violência doméstica e sexual, mas somente avaliando as ações preventivas e de atendimento às mulheres em situação de redução da violência sexual no nível local é que esse processo pode ser ampliado (BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020).

Nesse intuito, no que diz respeito ao estabelecimento de estatísticas oficiais, a implementação da notificação da violência faz parte da iniciativa Áreas Técnicas de Atenção à Violência (ATAV), sendo a principal fonte de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde casos de violência devem obrigatoriamente ser notificados. Isso se faz necessário como aporte e reconhecimento do processo avaliativo, dando ênfase à implementação de mecanismos permanentes de avaliação das ações desenvolvidas. Nessa

perspectiva, a construção de um modelo de acompanhamento do serviço ajuda a incorporar a avaliação no planejamento dos programas de prevenção e atendimento às mulheres em situação de violência sexual e em todo o processo de intervenção, criando uma cultura de avaliação passível de intervenção. É portanto um potente instrumento de informação capaz de impulsionar tanto o planejamento de políticas públicas, quanto o seu enfrentamento (BRASIL, 2015; VELOSO *et al.*, 2013).

Em 2007, o Governo Federal lançou a Convenção Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, estruturada no conceito de que só é possível enfrentar todas as formas de violência contra a mulher por meio da implementação de ações integradas, divididas em quatro eixos estruturais: a) Consolidar as políticas nacionais de combate à violência contra a mulher, incluindo a implementação da Lei Maria da Penha; b) Promover os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e combater a feminização da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis; c) Combater a exploração sexual e o tráfico e; d) promoção dos direitos humanos das mulheres (SPM, 2007).

O conceito de enfrentamento adotado no plano nacional não se limita ao combate, mas inclui também aspectos de prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres. O enfrentamento dessa perspectiva exige uma atuação conjunta de todos os setores envolvidos no tema (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros).

De acordo com Bezerra *et al.* (2018), a estruturação do atendimento à mulher em situação de VS foi possibilitada pela elaboração de normas técnicas em 2012, que preconizam a plena participação da mulher em cada etapa do cuidado, respeitando sua autonomia para aceitar ou recusar qualquer uma delas. O atendimento psicológico e medidas de fortalecimento para mulheres e adolescentes são ferramentas para auxiliar no enfrentamento dos conflitos e problemas inerentes à situação.

Dando sequência a esta questão, a apropriação científica dos profissionais de saúde é fundamental para integrar as perspectivas de gênero nas políticas e práticas de saúde implementadas no processo de trabalho. Buscando decretos e legislações como forma de capacitar os profissionais e aproximá-los dos caminhos a seguir (encaminhamento, comportamento e direitos da mulher) na realização do seu trabalho, essas ações transformam a prestação de serviços de capacitação e remetem ao compromisso da ajuda. Como tal, oferecem condições para o empoderamento dessas mulheres (BEZERRA *et al.*, 2018).

O atendimento à mulher em situação de VS é complexo e deve convergir em todos os níveis. Para isso é importante que, além da dedicação dos profissionais na busca por conhecimento, a gestão motive, forneça subsídios materiais e capacite as mulheres e as

equipes de saúde em todos os níveis para que o cuidado prestado, na abrangência da rede de atendimento, seja preciso e humano em um local íntimo e acolhedor (SPM, 2007; CAVALCANTI, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a avaliação dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual como porta de entrada e serviço de referência para acompanhamento pode contribuir para melhorar a receptividade dos serviços de saúde nessa área, ou seja, a capacidade de responder às necessidades dos grupos beneficiários da prevenção na área de violência sexual e operações de ajuda. O reconhecimento de que a violência contra a mulher é um assunto de interesse público, que requer a participação de toda a sociedade para reduzir sua incidência, tem permitido a criação de novos marcos legais e a implementação de programas e ações governamentais, especialmente na última década (ALMEIDA *et al.*, 2014). Os governos estaduais e municipais adotam ações conjuntas para prevenir a violência doméstica e sexual.

No nível estadual, a ação do setor saúde no combate à violência doméstica e sexual faz parte das ações das duas secretarias de governo. No âmbito do Programa Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, as ações voltadas à implantação de serviços, treinamento e qualificação de profissionais estão sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH), por meio da Monitora dos Direitos da Mulher. (SUDIM, 2007, p. 24).

Diferentes políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) estão cada vez mais voltadas para as situações de violência doméstica e sexual, mas somente avaliando as ações preventivas e de atendimento às mulheres em situação de redução da violência sexual no nível local é que esse processo pode ser ampliado (BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020).

O objetivo de ressignificar mulheres e adolescentes em situação de violência e ampliar a rede de atenção integral à saúde está submetida a pesquisas que abordem a violência contra a mulher, o que também está previsto na gestão e monitoramento como medida preventiva nacional com vista a contribuir com a redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Esta medida reconhece a importância do processo avaliativo, dando ênfase à implementação de mecanismos permanentes de avaliação das ações desenvolvidas. Nessa perspectiva, a construção de um modelo de acompanhamento do serviço ajuda a incorporar a avaliação no planejamento dos programas de prevenção e atendimento às mulheres em situação de violência sexual e em todo o processo de intervenção, criando uma cultura de avaliação passível de intervenção.

Dessa forma, a avaliação dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual pode servir para orientar a formação de profissionais que atuam ou venham a

atuar nessa área e para a conscientização sobre o assunto, relevante para as decisões dos gestores e implementadores de políticas públicas.

Os serviços de saúde desempenham um papel importante na vida das pessoas, principalmente para as mulheres vítimas de violência, pois também resguardam seus direitos humanos. A maioria das mulheres já utilizou ou está utilizando os serviços do sistema de saúde, tendo ou não sido agredidas, sendo esta uma oportunidade fundamental para identificar a violência sexual que requer maior atenção dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

“A ordem patriarcal é de tal sorte violenta, que inverte responsabilizações e desloca, na maioria das vezes, sensações de culpa e medo para as próprias mulheres, fazendo com que se sintam humilhadas, envergonhadas e desonradas às vistas da sociedade e, muitas vezes, diante da própria família, multiplicando o trauma sofrido. Produz-se, assim, um dos lados mais perversos da violência de gênero, pois é justamente essa “mácula” que provoca o silenciamento e a dificuldade de exporem a situação aos(as) profissionais de saúde. É de suma importância a compreensão – em especial, pelos(as) profissionais de saúde - de que as agressões ou os abusos sexuais geralmente vêm acompanhados por chantagens e ameaças que atemorizam, humilham, intimidam quem os sofre ou sofreu” (p.12).

Nos serviços de saúde, os profissionais que primeiro entram em contato com os pacientes e passam a maior parte do tempo cuidando deles são os profissionais de enfermagem. As mulheres vítimas de violência sexual têm este primeiro contato onde o profissional enfermeiro pode acolher e auxiliar a mulher no tratamento e recuperação, buscando promover os cuidados e a melhora da qualidade de vida (BATISTETTI; LIMA; SOUZA, 2020).

O atendimento às mulheres vítimas de violência sexual é prioridade na Política Nacional de Saúde Integral da Mulher (2004). A Política Nacional de Promoção da Saúde (2014) também aborda a violência como uma de suas prioridades, engajando a sociedade civil. Na área da justiça, o Ministério da Justiça criou as Delegacias Especializadas da Mulher (DEAM) em 1985 e, desde então, essas delegacias têm se estruturado continuamente, buscando a cada dia renovar e garantir mais os direitos humanos reservados às mulheres. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher também foi formulada para garantir ações de prevenção e combate à violência contra a população, garantindo assistência e direitos às mulheres vítimas de violência.

Pouco tempo depois, a Convenção Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (2007) foi elaborada em conjunto pelo Governo Federal, Governos Estaduais e Prefeituras, consolidando a política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher em todo o país.

É importante entender que o atendimento às vítimas de violência sexual é mais voltado para as mulheres, pois elas são o público-alvo com maior incidência desses casos de violência, sem contar as crianças e adolescentes, tanto do sexo masculino quanto feminino (MADEIRO *et al.*, 2019). Fazem parte do atendimento às vítimas de violência sexual as seguintes etapas: "Acolhimento, anamnese, exame clínico e ginecológico, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxia de HIV, IST e hepatite B, comunicação obrigatória às autoridades de saúde em até 24 horas por meio da Ficha de notificação de violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico e acompanhamento ambulatorial" (BRASIL, 2015, p. 18).

E esse atendimento possui articulação entre os serviços e unidades disponíveis na rede, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, Unidades de Saúde Especializadas, policlínicas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CREAM), Centros de Referência de Assistência Social (CREAS), Casa da Mulher Brasileira e tantos outros. (Norma Técnica - Ministério da Saúde, 2015, p. 18).

É importante compreender que o cuidado integrado não é viável quando as ações são realizadas de forma isolada ou quando os serviços prestados funcionam de forma diferenciada. Essa rede de atenção só é considerada possível quando há um vínculo claro entre as ações específicas de cada serviço e quando produtos de cuidado minimamente compartilhados são fornecidos por diferentes setores para atender pessoas em situação de violência (SES-DF, 2020).

Assim sendo, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher foi formulada em 2011 com o objetivo de estabelecer conceitos, princípios, normas, ações e diretrizes de prevenção e combate à violência contra a mulher e de assistência e garantia de direitos às vítimas de violência, normas e instrumentos internacionais de direitos humanos, bem como a legislação nacional.

Em 13 de março de 2013, foi publicado o Decreto 7.9587, sendo um Decreto ato da competência do chefe do poder executivo, este estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS:

Art. 2. O atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS observará as seguintes diretrizes: I - acolhimento em serviços de referência; II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade; III - disponibilização de espaço de escuta qualificado e privacidade durante o atendimento, para propiciar ambiente de confiança e respeito à

vítima; IV - informação prévia à vítima, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento; V - identificação e orientação às vítimas sobre a existência de serviços de referência para atendimento às vítimas de violência e de unidades do sistema de garantia de direitos; VI - divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento de vítimas de violência sexual; VII - disponibilização de transporte à vítima de violência sexual até os serviços de referência; e VIII - promoção de capacitação de profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS para atender vítimas de violência sexual de forma humanizada, garantindo a idoneidade e o rastreamento dos vestígios coletados.

Além da guia de atendimento, o decreto também prevê em seu art. 4. Procedimentos prestados por profissionais de saúde, ou seja, acolhimento, prontuários e exames clínicos e laboratoriais; preenchimento completo do prontuário, realização de exame médico, incluindo exame ginecológico se necessário; descrição detalhada das lesões e vestígios encontrados, identificação dos profissionais que auxiliaram a vítima, preenchimento de relatórios detalhados e termos de consentimento informado, coleta de vestígios; quando necessário, serviços de farmácia e outros insumos e acompanhamento multidisciplinar; além de fornecer orientações às vítimas ou seus responsáveis sobre seus direitos e a existência de encaminhamento Serviços de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual.

A Lei também prevê os poderes executivos do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde. A Lei nº 12.8458, de 1º de agosto de 2013, estabelece o atendimento obrigatório e integral às pessoas vítimas de violência sexual. Portanto, todos os hospitais da rede SUS devem prestar atendimento urgente, integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual, buscando minimizar os danos psicológicos decorrentes da violência sexual, com encaminhamento para serviços de assistência social quando aplicável:

(Art 1). Com relação ao atendimento a ser prestado: Art. 3. O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços: I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas; II - amparo médico, psicológico e social imediatos; III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual; IV - profilaxia da gravidez; V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST; VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia; VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis. § 1 Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem. § 2 No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal. § 3 Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.

Frente este contexto, os procedimentos técnicos são elaborados no intuito de padronizar e orientar o atendimento integral às vítimas de violência sexual. Para tanto, faz-se

necessário a documentação das informações, a coleta de vestígios constituindo-se em diretrizes empíricas e manuais nacionais e internacionais da área da saúde (OMS, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A seguir, estão elencadas as ações propostas nas diretrizes, tais como:

- Educar as vítimas sobre a importância de registrar um boletim de ocorrência;
- Reconhecer indícios de violência não revelada, principalmente violência doméstica, e conscientizar e capacitar os profissionais;
- Acolher as pessoas em situação de violência com humanidade, sem preconceitos ou juízos de valor;
- Assegurar a privacidade necessária durante o atendimento para criar um ambiente de confiança e respeito;
- Manter a confidencialidade das informações prestadas pelas vítimas ou responsáveis e repassar apenas a outros profissionais ou outros serviços as informações necessárias para assegurar atendimento adequado;
- Ouvir atentamente a situação para avaliar o risco de morte ou a possibilidade de reexposição à violência. Deveres gerais dos serviços de referência para pessoas que sofreram violência sexual por meio de registro de informações e coleta de acompanhamento
- Avaliar e tratar condições médicas de emergência;
- Realizar exame clínico e coleta de material com consentimento informado;
- Apresentar um formulário de consentimento informado para coletar assinaturas autorizando a coleta e preservação de quaisquer vestígios biométricos potencialmente identificáveis;
- Respeitar sempre a confidencialidade do caso;
- Realizar exames laboratoriais recomendados de acordo com as Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde;
- Utilizar anticoncepção de emergência de acordo com as Normas Técnicas de Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde, exceto se o procedimento for administrado pelo serviço que atendeu a vítima primeiro;
- Iniciar profilaxia DST/AIDS e Hepatite B com ações específicas nas primeiras 72 horas
- Preencher fichas de dispensação de ARV (ANTIRRETROVIRAIS);
- Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social;

- Preenchimento obrigatório dos dados contidos na ficha de notificação obrigatória sobre violência interpessoal/auto lesiva para possibilitar a análise das informações (Decreto nº 1.271, de 06 de junho de 2014);
- Todas as informações devem ser cuidadosamente anotadas na Ficha de Atendimento Multiprofissional à Pessoa em Situação de Violência Sexual, em letra legível e sem espaços, lembrando que esse registro pode ser uma fonte oficial de informação, principalmente se as perícias não tiverem sido concluídas;
- Incluir data e hora da consulta, história clínica e exame físico completo incluindo exame ginecológico, descrição detalhada da lesão, se o laudo foi recente e sua localização, descrição da lesão na ficha de atendimento multidisciplinar, bem como orientações dos profissionais e identificação de todos os profissionais que atenderam a vítima;
- Assegurar seguimento/acompanhamento através de encaminhamento pré-agendado;
- Assegurar o direito à Interrupção legal da gravidez de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde;
- Encaminhar as mulheres para os serviços de saúde caso optem por manter a gravidez;
- Efetuar os registros necessários, não só para o acompanhamento da vítima, mas também para eventuais efeitos legais.
- Construir relações respeitosas e compassivas com as vítimas;
- Começar a entrevista com perguntas abertas e evitar respostas capciosas;
- Perguntar diretamente à vítima apenas quando a narrativa livre estiver esgotada;
- Ler o formulário de consentimento informado para a vítima e certifique-se de que foi compreendido. As vítimas são livres para aceitar ou recusar qualquer etapa ou procedimento de atendimento;
- Preencher o formulário de Serviços Multidisciplinares. Acolhimento e escuta competente O acolhimento e a escuta competente são elementos importantes no atendimento humanizado às pessoas em situação de violência sexual.

Dependendo da organização da rede de serviços e acordos locais, tais diretrizes podem ser suficientes para respeitar circunstâncias específicas. A realização desses procedimentos envolve prontuários, audição qualificada, exame físico, descrição de lesões, registro de informações e coleta de vestígios nos serviços de saúde.

Hospitalidade inclui ser tratado com dignidade e respeito, ouvir, reconhecer e aceitar as diferenças e respeitar o direito de mulheres e homens de tomar decisões e acessar e resolver



cuidados. A capacidade de ouvir sem prejudicar e impor valores, a capacidade de lidar com conflitos, de valorizar reclamações e de identificar necessidades são aspectos fundamentais do acolhimento que estimulam as vítimas a falar sobre seus sentimentos e necessidades.

Os profissionais precisam desenvolver relações de escuta ativa e empatia, capacidade de coordenar a comunicação a partir das necessidades das pessoas e possibilidade de empatia com o outro. Conforme a OMS (2012):

- Respeitar as palavras das vítimas, ajudar a expressar seus sentimentos e buscar confiança
- Estabelecer uma comunicação eficaz, prestando atenção à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais);
- Usar linguagem simples, aproximada e compreensível, adequada ao domínio da vítima;
- Organizar visitas para priorizar os serviços com base nas necessidades detectadas;
- Identificar e avaliar as necessidades e riscos de problemas de saúde em cada caso, enfrentá-los ou encaminhar as vítimas para serviços específicos, dependendo das capacidades técnicas dos serviços;
- Assegurar a privacidade do atendimento e o sigilo das informações;
- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada, informando as intervenções necessárias;
- Explicar ao sujeito a necessidade de examinar e coletar material;
- Orientar sobre o procedimento do exame, partes do corpo a serem tocadas, explicar o procedimento a ser realizado e os materiais a serem coletados. Em caso de recusa, deve ser respeitada a decisão e autonomia das partes;
- Descrever a localização, tamanho, número e forma das lesões, preferencialmente craniocaudais, incluindo genitais e extragenitais, marcadas ou fotografadas em fichas de atendimento específicas, com consentimento do paciente, se possível.

O exame deve ser feito por um médico na presença de outro profissional de saúde também capacitado para o atendimento integral de pessoas que sofreram violência sexual. O acolhimento é um elemento fundamental no cuidado às pessoas em situação de violência. Em tais situações, a empatia se torna crucial. A empatia envolve, portanto, a compreensão da pessoa a partir de seu quadro de referência diferente do seu, experimentando indiretamente seus sentimentos, percepções e pensamentos (ZUCHI, 2018). A empatia em si não envolve

motivação para ajudar, embora se traduza em consideração pelo sofrimento pessoal ou de outra pessoa, levando à ação e, sim, consiste em se colocar no lugar da outra pessoa e entender como ela se sente na percepção dela.

Neste sentido, a atenção integral requer dos profissionais de saúde o desenvolvimento de habilidades e competências essenciais, dentre elas, a empatia para acolher e ajudar as vítimas de forma atenta e cuidadosa. Ao ter esta compreensão e desenvolvimento participativo, os profissionais envolvidos estarão engajados e melhor preparados para promover e fortalecer o acolhimento e atendimentos humanizados em saúde (HABIGZANG, 2018).

#### **1.4 A EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao ano, cerca de um milhão de pessoas morrem por causas violentas (OMS, 2018). No Brasil, entre os anos de 2009 e 2019, foram 50.056 mulheres assassinadas, segundo os dados apresentados no Atlas da Violência (2021), considerando os homicídios femininos. De acordo com o mesmo documento, houve um crescimento de 10,6% nos homicídios de mulheres ocorridos nas residências (contra uma redução de 20,6% fora das residências no mesmo período) sinalizando um provável aumento da violência doméstica. Em torno de 12 milhões de pessoas sofreram ou presenciaram agressão sexual no mundo ao ano e aproximadamente 6 em cada 10 mulheres já passou por algum tipo de agressão física ou sexual durante sua existência (OLIVEIRA, 2014).

De acordo com os dados apresentados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021), no relatório "Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil", a pandemia representou grande agravo à saúde das mulheres brasileiras. Segundo o relatório, a prevalência da violência está relacionado ao perfil jovem, representando 35,2% das mulheres de 16 a 24 anos, seguido de 28,6% das mulheres de 25 a 34 anos, que relataram ter vivenciado algum tipo de violência. Quanto ao perfil de raça, as mulheres que apresentaram maior nível de violências sofridas foram as negras (28,3%), seguida das mulheres pardas (24,6%) e brancas (23,5%). Outro dado levantado foi que grande parte dos agressores eram conhecidos das mulheres (72,8%), parte das mulheres afirmaram que a pandemia tenha contribuído para a ocorrência da violência (21,8%) e boa parte (48,8%) reconheceram o lar como espaço de maior risco para sofrerem violência. Aproximadamente 26,5 milhões das mulheres brasileiras foram vítimas de algum tipo de assédio sexual durante a pandemia de COVID-19, o que

equivale a 38% (BRASIL, 2021b). De acordo com o referido relatório, a cada 10 minutos ocorre um crime sexual, sendo a mulher a principal vítima. Chama atenção o fato de que somente 11,8% delas denunciaram em uma delegacia da mulher e que cerca de 2% ligaram para a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 (BRASIL, 2021b).

Dados recentes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021), enfatizam que a violência contra as mulheres é endêmica e afeta todas as culturas e países. O relatório de Estimativas de prevalência de violência contra as mulheres, traz a tona o caráter devastador e generalizado da violência contra a mulher e de seu agravamento em tempo de pandemia de COVID-19. Conforme apontado no relatório, no mundo, uma a cada três mulheres sofre violência física ou sexual correspondendo em torno de 736 milhões de vítimas e, na maioria dos casos, o perpetrador da violência é o seu parceiro (em torno de 6% das mulheres sofrem abuso por desconhecidos). Embora alarmantes, podemos supor que estes números sejam ainda maiores, já que a violência sexual contra a mulher envolve questões culturais importantes como culpa, vergonha e estigma, dificultando a denúncia dos casos e, conseqüentemente, a notificação (WHO, 2021).

Ao reconhecer a magnitude da violência e a complexidade do problema de saúde pública e das conseqüências emocionais, sociais e econômicas, chama atenção ainda o alto custo na atenção à saúde, mesmo após o delito, podendo permanecer ao longo da vida (WHO, 2021). Além disso, deve-se considerar os riscos e os benefícios relacionados às questões estruturais e circunstâncias da violência, confirmadas ou presumidas, demandando, assim, estratégias de políticas públicas eficientes (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017).

Embora nem todas as mulheres denunciem a violência sofrida, ao fazê-lo, elas permitem que os dados sejam transformados em ações que possibilitam a criação de políticas de enfrentamento do problema. O sistema de notificação é uma das maneiras atualmente existentes de identificar a magnitude da violência que chegam nos serviços de saúde. O levantamento realizado desempenham um papel importante no processo dinâmico de criação de estratégias para mitigar os casos de violência sexual contra a mulher. Por meio da notificação, é possível encontrar caminhos para quebrar o ciclo da violência e garantir a proteção das vítimas por meio da atuação dos órgãos de proteção, possibilitando mapear a prevalência e as características das situações de violência, que podem ser utilizadas para propor políticas e intervenções de prevenção (HABIGZANG, 2018).

Corroborando, de acordo com o Atlas da Violência de 2022, p. 1-2:

“Há a necessidade de avanços nas fontes de informações sobre violência sexual e estupro no Brasil, especialmente, no que diz respeito à qualidade dos registros, e no

sistema de atendimento às vítimas relacionado à segurança e à saúde como um todo. É fundamental, ainda, que o Estado produza a primeira pesquisa nacional sobre violência doméstica e sexual, para balizar de forma mais efetiva as políticas públicas de enfrentamento ao problema. A inexistência de pesquisas especializadas sobre violência sexual que contemplem o universo da população brasileira faz com que não saibamos, ainda hoje, qual o número de estupros que ocorre a cada ano no país.”

Apesar do estupro se inserir entre a violência de sexual e gênero com maiores índices, há ainda na atualidade, um desconhecimento referente à prevalência dos casos de estupro no Brasil. Diante deste cenário, estima-se que ocorram ao ano cerca de 822 mil casos de estupro, onde apenas 8,5% chegam ao conhecimento da polícia e somente 4,2% desse total sejam identificados pelo sistema de saúde no Brasil (Atlas da Violência, 2022).

No que tange à violência sexual, é papel da equipe médica saber identificar a vítima. No Brasil, de acordo com a Lei 10.778 de 24/11/2003 do Senado Federal (BRASIL, 2003), casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher devem ser notificados e o Código de Ética Médica estabelece que os médicos devem proteger a dignidade e a integridade de suas pacientes, além de serem proibidos de conspirar para a prática de tortura ou qualquer outro ato degradante (SOUZA *et al.*, 2020).

Além disso, outras barreiras dificultam a conscientização e o encaminhamento dos casos de violência contra a mulher como o desconhecimento dos médicos sobre o local adequado para encaminhar as vítimas, medo de comprometer a segurança pessoal, recusa em se envolver na burocracia judicial e desconfiança de que a violência seja incluída na esfera de competência do setor saúde (SILVA, 2018).

Através dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) busca-se traçar o perfil epidemiológico da violência sexual cometida contra mulheres. O SINAN, por intermédio de uma rede informatizada, visa coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica no intuito de apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

Considerando que somente parte dos casos são notificados, isso pode refletir em um desconhecimento da epidemiologia da violência sexual contra a mulher, o que aumenta sua invisibilidade. Ao coletar dados que possibilitem descrever os casos desses agravos, busca-se fomentar ações, programas, promover a capacitação de profissionais para a formação de redes de apoio às pessoas vítimas de violência. Para além, ao gerar dados mais próximos da realidade, é possível auxiliar as equipes de saúde a fim de garantir atendimento integral,

promoção da saúde, prevenção da violência e cultura de paz. A caracterização dos casos de violência pode auxiliar as discussões no aprimoramento das políticas públicas e organização da rede de apoio, além de aguçar a análise da sociedade sobre a relevância do combate à violência e suas causas (BRASIL, 2009; VELOSO *et al.*, 2013).

De acordo com os dados coletados do SINAN no Brasil (TABELA 1), em 2021 houve 225.455 casos de violência, com uma taxa de incidência de 9,7/10.000 habitantes (BRASIL, 2021a). A maior incidência observada foi na faixa etária entre 20 e 39 anos e entre as mulheres, com um total de 157.786 casos notificados, ou seja, 70% dos casos de violência sexual, ocorreram com mulheres (TABELA 2).

**Tabela 1** - Número de casos notificados de violência sexual no Brasil em cada faixa etária, de acordo com dados do SINAN, 2021

<b>Faixa Etária</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Em Branco</b>	<b>Total</b>
<b>TOTAL</b>	<b>27.038</b>	<b>180.393</b>	<b>4.604</b>	<b>13.420</b>	<b>225.455</b>
Ign/Branco	-	1	-	-	1
<1 Ano	390	5.867	157	541	6.955
1-4	3.381	8.969	208	1.178	13.736
5-9	4.430	5.496	171	963	11.060
10-14	8.422	10.950	330	1.465	21.167
15-19	3.628	24.008	711	1.699	30.046
20-29	3.285	45.140	1.142	2.923	52.490
30-39	1.839	34.366	836	2.073	39.114
40-49	1.015	22.655	529	1.303	25.502
50-59	397	10.913	253	638	12.201
60 e mais	251	12.028	267	637	13.183

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

**Tabela 2** - Número de casos notificados de violência sexual no Brasil segundo o sexo, de acordo com dados do SINAN, 2021

<b>Sexo</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Em Branco</b>	<b>Total</b>
<b>TOTAL</b>	<b>27.038</b>	<b>180.393</b>	<b>4.604</b>	<b>13.420</b>	<b>225.455</b>
Ignorado	6	87	8	8	109
Masculino	2.816	58.903	1.658	4.183	67.560
Feminino	24.216	121.403	2.938	9.229	157.786

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

O preenchimento das fichas de notificação de violência sexual nos serviços de emergência hospitalar não é algo simples de se fazer. De acordo com Silva (2018), além da superlotação dos serviços (com necessidades variadas e complexas), deve-se considerar o estresse emocional enfrentado pelos profissionais no entendimento e adesão aos protocolos de atendimento à violência sexual entre os setores. Estes fatores podem dificultar e comprometer

o preenchimento adequado das fichas de notificação e a busca por “Quadro de Equivalências entre Nomenclaturas”. Nesse sentido, é preciso considerar que a definição do domínio legal do documento do SINAN é a mais adequada para uso em ferramentas de saúde (SILVA, 2018).

Desta forma, torna-se importante padronizar e divulgar as definições conceituais dos termos utilizados no processo de avaliação para que as comparações dos resultados dos estudos sejam mais confiáveis. É importante lembrar que informações de baixa qualidade prejudicam o entendimento adequado do perfil epidemiológico do agravo, dificultando a análise das intervenções de vigilância por não distinguir com precisão o não cumprimento das ações de vigilância insatisfatórias (SOUZA *et al.*, 2020).

Deve-se levar em consideração o tema estudado, que pode não ser identificado como uma questão de saúde pública por falta de informação dos profissionais ou falta de iniciativa do serviço em falar sobre o tema. Em um país com tantas desigualdades, são necessárias mais pesquisas, mais recursos técnicos e capacitação dos profissionais de saúde.

Como destacam Delziovo *et al.* (2018), para melhorar o preenchimento das fichas de notificação de violência no SINAN, os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e capacitados para gerar informações de qualidade a partir dos dados que notificam, por meio do desenvolvimento de um processo educativo de longa duração e retroalimentação das informações construídas pelos profissionais.

Uma limitação observada por Canto & Nedel (2020) em relação ao preenchimento das fichas de notificação é a falta de análise diferenciada dos municípios/macrorregiões de saúde, que ajudaria a identificar dificuldades específicas no preenchimento das fichas de notificação e poderia orientar ações/capacitações específicas em cada região.

Frente este cenário, embora se reconheça a subnotificação e as notificações incompletas, impactando no levantamento e conhecimento dos dados compatíveis com a realidade, observa-se a permanência do crescimento da violência sexual. Este crescimento, além de ocasionar distúrbios em curto e longo prazos, pode afetar a saúde física, psicológica, social e de trabalho da vítima, considerando que a maioria das mulheres são jovens adultas, no período reprodutivo, em ascensão econômica e social (ARAGÃO, 2020). Desta maneira, é notório que os serviços de saúde precisam estar capacitados, preparados e disponíveis para realizar o atendimento direcionado a esta vítima, cumprindo o seu papel essencial e favorecendo a acessibilidade bem como o cumprimento na aplicabilidade das Políticas Públicas vigentes.

### **1.5 O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

O Ministério da Saúde declara que os profissionais da área da saúde devem estar preparados e qualificados a implementar as medidas protetivas preconizadas em protocolos técnicos e prestar atendimento humanizado, isento de julgamentos morais e crenças pessoais a mulheres vítimas de violência sexual (BRASIL, 2013). Nesse contexto, as três áreas de governo destinam recursos financeiros e técnicos para treinamentos sobre o problema. Entre outras iniciativas em curso, as instituições responsáveis pela formação destes profissionais têm assegurado formações com materiais instrucionais, normativos e educativos disponíveis e de fácil acesso (BRASIL, 2013).

Nesse entendimento, essas ações ajudam a ancorar a prática profissional na atenção à saúde dessas mulheres. Em contrapartida, os profissionais de saúde garantem que não estão preparados para atender a essa demanda, pois permanecem lacunas nas concepções teóricas e nas estratégias operacionais, causadas por abordagens superficiais da formação acadêmica e fragilidades na implementação da educação permanente no contexto da prática profissional. Dessa forma, permanece o desafio de implementar meios técnicos e legais para garantir os direitos das mulheres (WHO, 2021; CAVALCANTE, 2022).

De acordo com a literatura, existem lapsos no processo de trabalho que podem interferir de forma potente na atenção às mulheres em situação de violência sexual (LIMA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016; CORDEIRO *et al.*, 2015; CAVALCANTI E SILVA, 2017; HASSE E VIEIRA, 2014; CAVALCANTI, FLACH E FARIAS, 2013; SOUZA E REZENDE, 2018; AGUIAR *et al.*, 2020; MOREIRA *et al.*, 2018; FUSQUINE *et al.*, 2021; DA FONSECA BEZERRA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2022). A desestruturação da atenção à saúde da mulher, principalmente no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, tem ocorrido por meio de canais institucionais e baixo investimento na área. Esses lapsos de atendimento não são exclusivos das clínicas de saúde da mulher e qualificação dos profissionais da área da saúde é parte importante desse processo.

Segundo Lima *et al.* (2013), fenômenos como número reduzido de profissionais, alta rotatividade e falta de capacitação estão atrelados à qualidade da assistência às mulheres vítimas de violência sexual.

Outra fragilidade emergente no discurso é a fragmentação e verticalização do atendimento (CAVALCANTI E SILVA, 2017). Apesar dos esforços de horizontalização e integração da prática, essa mudança no paradigma assistencial é tímida, pois o paradigma

biomédico prevalece nos serviços tradicionais de urgência e emergência, “permanecendo nos modos tradicionais de operação”, levando a clínicas simplificadas e ineficazes [...]” Assim, quando se trata de violência sexual, o atendimento segue a mesma lógica, baseado em sinais e sintomas evidentes, com foco na medicalização e pouca atenção aos aspectos psicossociais (CAVALCANTI E SILVA, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Dessa forma, o aconselhamento é conduzido de forma a atender as principais queixas, cedendo, em última instância, à integridade do atendimento.

Neste sentido do cuidado integral, há que se cuidar do ambiente onde a mulher vítima de violência será atendida. Nos casos de interrupção legal da gravidez, por exemplo, o atendimento não deveria ser realizado em áreas de parto compartilhadas por outras gestantes por que isso contribuiria com a revitimização das mulheres. Assim, ao propor estratégias de sob a perspectiva humanizada, obtém-se a vinculação e integralidade do cuidado (CAVALCANTI, FLACH & FARIAS, 2013).

Partindo da dimensão ética do cuidar, Hasse e Vieira (2014) defendem que a capacidade de atender às necessidades do outro não pode ser "aprendida" por meio de nenhum conhecimento particular, mas está vinculada a processos relacionais e intersubjetivos. Nesse contexto, esses discursos devem ser contextualizados para revelar as estruturas ideológicas que levam ao desinteresse – e, em alguns casos, obstáculos – dos trabalhadores em estruturar serviços ou acompanhar processos assistenciais.

Nesse contexto, não se pode ignorar que as subjetividades de muitos desses profissionais são construídas nesses processos discursivos e nas políticas sexuais pautadas no controle do corpo e da sexualidade das mulheres. A progressão de argumentos marcados pelo conservadorismo político e pelo fundamentalismo religioso, como os que ganharam força no Brasil nos últimos anos, não apareceria com tanta intensidade sem a orientação de um discurso de normalização social (CORDEIRO *et al.*, 2015).

Esses discursos legitimados pela organização social foram previamente normalizados social e culturalmente e sustentados por diferentes processos discursivos e técnicas generificadas. Não é por acaso que a obstrução dos direitos sexuais e reprodutivos em alguns países têm sido exposta e questionada por não se justificar em termos de saúde pública. Em vez disso, levou ao aumento da mortalidade feminina, reforçou uma estrutura social que subordinava os papéis sociais das mulheres à sua capacidade reprodutiva e, além disso, as tornava vulneráveis a doenças mentais (LIMA *et al.* 2013).

Deste modo, ressalta-se a necessidade de reconhecer mulheres em situação de violência sexual de forma linear entre os profissionais. Vale trazer à tona que a diferença



ideológica no atendimento e acolhimento do usuário nada tem a ver com a categoria profissional, sendo que a afinidade de fala da cena é maior do que a do próprio profissional. Esses profissionais efetivamente engajados nessa assistência vêm seu processo de trabalho prejudicado de várias formas, pois, além do estigma, as barreiras no trabalho têm causado sofrimento (CAVALCANTI & SILVA, 2017).

Nesse sentido, a percepção do trabalhador sobre um trabalho bem-feito é, portanto, um operador de saúde, e a falta dessa experiência pode ser vista como uma fonte de frustração e, para aquelas sensíveis à importância dessa questão, uma perda de sentido no trabalho. Com poucos profissionais sensíveis, o surgimento da sobrecarga de trabalho, aliada ao estresse intenso e aos curtos períodos de descanso e recuperação, repercute na saúde mental dos trabalhadores, que é indissociável da saúde geral (CAVALCANTI, FLACH & FARIAS, 2013).

Assim, em consequência da assistência fragmentada, serviços subfinanciados, estruturas físicas inadequadas, lacunas de formação, insuficiência de profissionais e alta rotatividade de servidores conformam uma formação ideológica baseada no controle do sexo e do corpo da mulher, construindo um complexo sistema de vulnerabilidade que fragiliza o atendimento a mulheres em situação de violência. Essas barreiras prejudicam a atuação de profissionais, dos gestores e limitam a eficácia de políticas públicas específicas, tornando essencial haver investimentos na formação quanto de suporte em toda rede de atenção nos casos de violência sexual contra mulher (LIMA *et al.* 2013; MELO *et al.*, 2022).

De acordo com Cordeiro *et al.* (2015) a educação de longo prazo pode ser uma ferramenta para engajamento profissional e credenciamento contínuo. Para tanto, a educação deve se concentrar em abordar a violência sexual nas cargas de trabalho do trabalhador. Desta maneira, os gestores devem integrar a efetivamente do atendimento às mulheres em situação de violência sexual nas redes de serviços para garantir o atendimento interdisciplinar, intersetorial e holístico, bem como o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres.

A implementação dessas medidas requer o reconhecimento das ideologias que as impedem. Portanto, é imprescindível que os serviços se organizem para oferecer proteção e atendimento às mulheres em situação de violência sexual, posicionando-se, visando a efetividade e adequação dos serviços prestados. Trata-se portanto, de reconhecer a realidade dos serviços de saúde, ainda insatisfatória, e tornar os profissionais adequadamente preparados para atender as mulheres (AGUIAR *et al.* 2020).

Um fator importante refere-se ao modelo biológico ainda dominante na formação do conhecimento em saúde, impactando de forma limitante na prática profissional. De acordo com Moreira *et al.* (2018) os currículos acadêmicos da área da saúde e mesmo os processos formativos no âmbito do trabalho parecem não acomodar as recomendações dos documentos legislativos que asseguram os direitos da mulher vítima de violência sexual. Assim sendo, a ausência de uma abordagem que apresentem temas interseccionais relacionados ao fenômeno da violência, como gênero, raça e classe social, reforça concepções limitadas de saúde e a prática de modelos biomédicos. Desta maneira o atendimento é limitado e restrito, impossibilitando a comunicação com outros setores que possam responder à violência.

Importa destacar outro aspecto na formação profissional de igual importância e necessidade que diz respeito ao reconhecimento da notificação dos casos de violência sexual contra mulher. Os profissionais ressaltam que falta conhecimento, pouca ou nenhuma capacitação profissional, no que diz respeito aos deveres de notificação, geram insegurança e dificultam as ações de prevenção, acolhimento e notificação dos serviços bem como o atendimento integral e adequado conforme preconizado pelo MS aos serviços de saúde em casos de violência contra a mulher (CORDEIRO *et al.*, 2015; SOUZA & REZENDE, 2018; DA FONSECA BEZERRA *et al.*, 2018; FUSQUINE *et al.*, 2021).

De outro modo, embora parte dos profissionais possam apresentar condutas e encaminhamentos adequados e (re)conhecimento de alguns serviços de apoio existentes, não há informações sobre engajamento com tais serviços, reuniões para discussão de casos, acompanhamento de encaminhamentos e/ou programa de encaminhamentos padrão e relatórios de retroreferência (HASSE; VIEIRA, 2014). Nesse aspecto, os usuários acabam sendo atendidos por diversas classes profissionais e setores que não reconhecem as limitações e potencialidades uns dos outros, denotando assim, a fragmentação do cuidado. Para mudar essa realidade, é fundamental que os processos de trabalho permitam, e que os profissionais sejam capazes de dialogar com as mulheres, seja em ações de promoção à saúde, prevenção de violências ou agravos do cuidado.

## 2. JUSTIFICATIVA

Como psicóloga, especialista clínica e em saúde, ênfase em saúde mental e hospitalar, desde a formação tecia o interesse nas temáticas de traumas, situações de crise e de violências, com seus desdobramentos, atravessamentos e marcos destrutivos psíquicos. Sob este prisma, a minha história pessoal e profissional foram entrelaçadas por escolhas e caminhos percorridos.

Ao ingressar na área, buscava por conhecimentos específicos, mas deparava com pesquisas ainda incipientes e políticas públicas em desenvolvimento. Entretanto, já me parecia possível buscar contribuir para educação em saúde e em pesquisa que apontassem sobre. Assim nasce um caminho em elos com outros e mais profissionais interessados em fazer melhor e fazer bem levando em consideração a integralidade do cuidado.

Ao longo desse caminho, deu-se a implementação das políticas públicas de atendimento as vítimas de violência sexual nos serviços de saúde. As equipes foram formadas, capacitadas com as diretrizes para que os serviços de saúde pudessem se organizar, adequar e realizar o atendimento com qualidade e humanização nos cuidados.

Embora o sentimento de privilégio por estar inserida e visualizar equipes imbuídas do sentimento de fazer o melhor, ainda era evidente a existência de poder fazer melhor.

Mas não sendo suficiente, percebia-se já à época, os despreparos, na formação, nas atividades preparatórias acadêmicas incipientes, quanto à continuidade e compartilhamento dos ensinamentos, da avaliação, dos gerenciamentos dos processos. Havia desafios e angústias frente ao atendimento e de como acolher e promover o cuidado a estas pessoas.

Do mesmo modo, reconhecer e conhecer no que se refere a falta de diagnóstico e atendimento adequados às situações de violência sexual advinda da falta de preparo e de uma formação com base em modelos biomédicos, que impossibilitam a articulação da relação entre corpo e sociedade no currículo de graduação da área da saúde, resultando na falta de métodos de tratamento, déficits e ineficiência na abordagem da violência de gênero e suas manifestações. A escassez, na formação acadêmica, de preparação voltada para a questão se traduz em uma atuação profissional despreparada e incompleta diante dos casos de violência sexual, apontada muitas vezes pelos próprios profissionais, que reconhecem essa lacuna, e a dificuldade de não conseguirem trabalhar em uma perspectiva integral, emancipatória e intersetorial. Assim sendo, a precária qualificação torna-se um elemento complicador no direcionamento e na implementação de políticas públicas, o que possibilita repercutir na falta de reconhecimento da problemática como campo de atuação do setor saúde.

Ao trazer em cena a Violência Sexual contra Mulher, sendo esta uma das formas de violência mais devastadoras, a qual expõe as mazelas sociais, evidenciando as relações de gênero, poder e que desconsidera a existência enquanto indivíduo, objetificando o ser, como também, das variadas consequências para a mulher, desde questões físicas, clínicas, até as questões sociais, econômicas e de agravamentos psicológicas, torna-se um desafio à saúde de modo a possibilitar um atendimento integral que possa atender diante desta complexidade.

Nesse cenário de complexidade e dimensão da violência sexual sobre a vida da mulher e da importância de possibilitar que possa ser atendida no âmbito da saúde, abordar esta temática na área da saúde, trazendo um olhar também ao nível terciário, especializado e não especializado, tem relevância frente aos direitos éticos, humanos, políticos, sociais e à possibilidade de melhorias na atenção integral a mulher em situação de violência sexual. Ao identificar a insuficiência de conhecimento específico para o atendimento, torna-se fundamental que os profissionais da saúde possam ampliar seus conhecimentos sobre a temática, sobre a sua prática, sua atuação e ações na prevenção, na promoção de cuidados, como na garantia dos direitos de cidadania e no fortalecimento das políticas públicas e de combate à violência.

Frente ao exposto, acredita-se na relevância deste tema como estratégia de mudança desta realidade, possibilitando o compartilhamento e maior conhecimento de todos envolvidos, promovendo a garantia de acesso e de direitos e a efetivação das políticas públicas, de modo a tornar efetivas os cuidados em saúde.

O tema visa possibilitar o acesso a uma formação para os demais profissionais da área da saúde, possibilitando real e efetiva educação e reflexão sobre o fazer, sobre a prática permanente, as políticas públicas, aproximando da realidade acerca da violência sexual contra a mulher.

Portanto, justifica-se a pesquisa, pois, diante da experiência profissional, da formação clínica, das evidências e da ineficiência das ações de atendimento às mulheres em situação de violência sexual e da necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, surge a necessidade de uma avaliação dos processos envolvidos e a criação de uma proposta de um curso de capacitação em atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde, em formato à distância, autoinstrucional, com o currículo orientado por competências voltado a profissionais de saúde que atuam no âmbito hospitalar e no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

O curso está formatado em módulos, contendo 6 em unidades, cuja metodologia envolveu a revisão de literatura, experiência pessoal e relatos de experts que atuam na área.

Os tópicos abordarão questões interdisciplinares, incluindo reflexões sobre conhecimentos, habilidades e atitudes relevantes para a intervenção no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. A unidade 1 introdutória e sendo apresentado os conceitos básicos e as ideias gerais violência e violência sexual; a unidade 2 apresenta sobre o processo de atendimento de saúde frente a situação de violência sexual; unidade 3 se dedica a exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e o suporte em rede; a unidade 4 apresenta sobre as estratégias de intervenção e acolhimento às vítimas; a unidade 5 trata sobre as orientações e cumprimento dos direitos previstos em lei e da realização da notificação em casos de violência sexual; e a sexta e última unidade é concebida como eixo vertical relacionado a questões para profissionais que atuam na intervenção em crise, apontando a importância do autocuidado, contratransferência, atitudes, influência do paciente sobre o profissional e como lidar com isso, buscando redes de apoio e supervisão. O curso é centrado no aluno e seu processo de aprendizagem. A cada unidade, é proposto uma avaliação sobre o processo de aprendizagem realizada pelo aluno. Para receber o certificado o aluno deverá concluir integralmente as 50 horas propostas e 70% de aproveitamento.

Ao final, a partir da pesquisa realizada e utilizada como referencial teórico, foi elaborado como um segundo produto a Resenha do livro: Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios, de Ludmila Fontenele Cavalcanti (2022).

Assim sendo, o conhecimento gerado a partir dessa análise pode levar a ações estratégicas para melhorar e aprimorar a qualidade do atendimento, a integralidade e multidisciplinaridade do cuidado, evitar a revitimização, bem como, promover a garantia dos direitos das mulheres que procuram os serviços.

### **3. OBJETIVOS**

#### GERAL

Desenvolver uma proposta para um curso de capacitação em atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde considerando o nível terciário, em formato à distância, com o currículo orientado por competências voltado para os profissionais de saúde que atuam no atendimento a mulheres em situação de violência sexual.

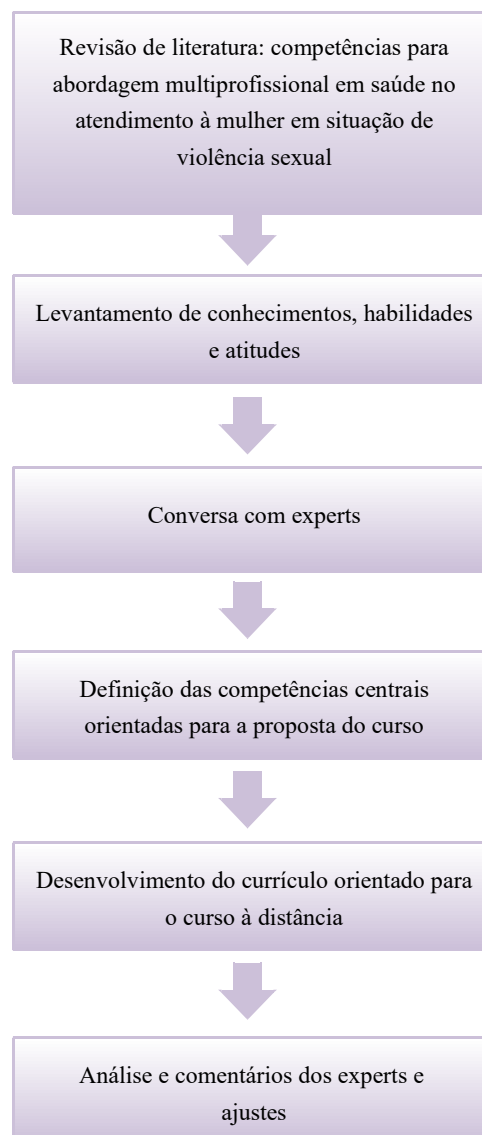
#### ESPECÍFICOS

- a) Identificar competências centrais para abordagem multiprofissional em saúde no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual;
- b) Construir o currículo de um curso, à distância, autoinstrucional, utilizando-se da metodologia dos dez passos, destinado à capacitação em atenção integral à mulher em situação de violência sexual nos serviços de saúde no âmbito hospitalar.

#### 4. METODOLOGIA

Foi realizada revisão de literatura que abrangesse o tema da violência sexual contra a mulher. Para a construção do currículo do curso, foi utilizado o método dos dez passos de Ten Cate (1997), e formatado para realização à distância.

A Figura 1 ilustra a etapas realizadas para a elaboração da proposta apresentada neste trabalho:



**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

**Figura 1** – Etapas envolvidas na construção do currículo do curso para abordagem da violência para profissionais de saúde hospitalares.

A metodologia de Ten Cate é uma proposta pragmática que estabelece dez etapas para a elaboração de um currículo. Esse sistema pode ser utilizado na concepção de qualquer currículo, principalmente para o planejamento de cursos utilizando metodologias ativas de aprendizagem. A Figura 2 resume seus dez passos.

<p><b>1. Descrição da justificativa do currículo</b> Introdução abrangendo o contexto, a relevância e os propósitos. <i>O por quê da existência do curso</i>. Deve ser explícita, conter o(s) problema(s) que pode(m) ser respondido(s) pelo curso, podendo estar baseada na necessidade dos alunos e/ou da sociedade.</p> <p><b>2. Elaboração dos objetivos gerais do currículo</b> Elaboração dos objetivos de aprendizagem, das competências, dos tópicos e do mapa conceitual.</p> <p><b>3. Análise do perfil da clientela</b> Identificação dos conhecimentos e habilidades prévias dos estudantes, como das possíveis deficiências.</p> <p><b>4. Estabelecimento dos princípios educacionais aplicados ao currículo</b> Seis aspectos devem ser considerados para tomada de decisão: centrado no aluno ou no professor, baseada em problemas ou em informações, integrada/multidisciplinar ou baseada em disciplinas, baseada na comunidade ou localizado, eletivo ou padrão e, planejado ou não planejado.</p> <p><b>5. Estruturação do currículo</b> Deve-se estruturar como o conteúdo e as atividades educacionais serão organizados e sequenciados.</p> <p><b>6. Descrição das unidades do curso</b> Cada unidade do curso deve ser desenhada e descrita.</p> <p><b>7. Elaboração do sistema de avaliação dos alunos</b> Propor avaliações de modo a dar oportunidade ao aluno demonstrar o que aprendeu e aplicar o conhecimento adquirido em situações reais.</p> <p><b>8. Descrição do modelo de organização do currículo</b> Etapa que consiste na implementação do currículo. Dois fatores importantes: alocar a responsabilidade do desenvolvimento do currículo fora dos departamentos e a centralização dos processos de decisão.</p> <p><b>9. Estabelecimento do processo de gerenciamento do currículo</b> Consiste na implementação do currículo para o gerenciamento adequado. Nesta etapa três fatores devem ser considerados: a comunicação, o desenvolvimento institucional e, a utilização dos sistemas de avaliação para servir de suporte no gerenciamento do currículo.</p> <p><b>10. Montagem do sistema de avaliação do curso</b> Tem por finalidade proporcionar adequações e/ou ajustes visando um curso cada vez melhor.</p>
---

Fonte: Ten cate (1997). Baseado em Tomaz *et al.* (2001).

**Figura 2** - Dez passos para o desenho de um currículo



Descrever as etapas sequencialmente pode dar a ilusão de que se trata de uma abordagem linear, entretanto, muitas etapas estão inter-relacionadas, exigindo muitos rascunhos antes da versão final do curso. Desta maneira, o *design* do currículo é essencialmente um processo interativo com frequentes idas e vindas, o que demanda uma atenção quanto ao processo de aprendizagem e desenvolvimento para possíveis revisões e mudanças de forma ativa e contínua em seu delineamento.

De acordo com Tomaz *et al.* (2001), várias vantagens do uso dessa abordagem são descritas na literatura. Os currículos assim elaborados respondem melhor às necessidades colocadas (questões identificadas), são mais adequados ao contexto e ao cliente; têm metas e objetivos de aprendizagem mais claros; têm maior coerência interna; são mais fáceis de implementar e gerir; ter aluno e curso sistema de avaliação alinhado com o propósito e objetivos de aprendizagem, sendo mais eficaz e eficiente. Além disso, os professores que entendem melhor a lógica da aula têm um desempenho melhor, e os alunos ficam mais motivados e aprendem mais.

A partir do levantamento realizado, da própria experiência clínica juntamente com a experiência de profissionais neste campo de atuação foram elencados os conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para a atuação na área, tendo como resultado a primeira proposta de ensino a distância ao atendimento em saúde à mulher em situação de violência. Foram identificados 5 profissionais - experts (1 médico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 2 enfermeiros). A escolha foi por conveniência. O objetivo não era de um levantamento, uma entrevista formal, mas de um diálogo sobre a criação de um curso a distância voltado para profissionais de saúde que atuam a nível hospitalar no atendimento a mulher vítima de violência sexual. Estes profissionais, graduados e pós-graduados, trabalham ou trabalharam nesta área por mais de 03 anos, em serviços públicos ou privados, na cidade de Belo Horizonte. Os diálogos ocorreram no período de julho a dezembro de 2022, sendo escritas e autorizadas a citação das falas. Por não se tratar de entrevista, utilizando-se da Prerrogativa da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 (BRASIL, 2016), complementar à resolução 566/12, não havendo metodologia e finalidade como tal, e nenhum dado de natureza pessoal, tratando-se de conversas entre profissionais sobre suas ideias referentes um dado objeto, cujo objetivo foi validar dados básicos para construção de uma matriz de competências centrais para atuação no atendimento a mulher vítima de violência sexual, não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), todavia, todas as prerrogativas éticas em pesquisa com seres humanos foram levadas em consideração no

estudo. Insere-se o reconhecimento destes profissionais sobre a contribuição no desenvolvimento deste estudo.

Foi utilizada a Matriz de Competência, como uma ferramenta de planejamento de aula onde cada objetivo de competência, aprendizagem, cognição e habilidade são especificados e vinculados a um conjunto de estratégias educacionais e carga horária estimadas. Para o conceito de competência utilizado será considerado a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, sendo de forma integrada às atividades profissionais desempenhadas (SANTOS, 2011). Somado ao desempenho, considerou-se a ampliação deste conceito de modo a abarcar a atuação contextualizada, contínua e crítica da aprendizagem com vistas aos diversos desafios do exercício profissional.

Quanto à estrutura, propôs-se a organização de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), abrigando quatro eixos principais conforme sugerido por Pereira, Schmitt & Dias (2007):

A) Informação e documentação:

Visa apresentar as informações institucional do curso veicular, conteúdos e materiais didáticos, realizar upload e download de arquivos e oferecer suporte ao uso do ambiente;

B) Comunicação:

Possibilita facilitar a comunicação assíncrona e autoinstrucional - visando proporcionar a autonomia e protagonismo dos alunos com flexibilidade quanto aos horários e disponibilidade de tempo às atividades e temas;

C) Gerenciamento pedagógico e administrativo:

Permite acessar as avaliações e o desempenho dos aprendizes, consultarem a diretivas/auxiliares/secretaria virtual do curso, entre outros;

D) Produção:

Permite o desenvolvimento de atividades e resoluções de problemas dentro do ambiente.

O uso deste recurso se constitui como ambiente de educação, facilitador e interativo, ao qual, se ampara dos recursos tecnológicos, e se estabelece como sendo espaços de ensino, de aprendizagens e de práticas pedagógicas atuais e fundamentais. Assim sendo, na interação, na colaboração e motivação para a maior autonomia dos aprendizes, se dá o processo dinâmico da aprendizagem e conhecimento (FERREIRA, 2014).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais da área da saúde devem ser capacitados para aplicar as medidas protetivas preconizadas nos protocolos técnicos e prestar atendimento humanizado, isento de julgamentos morais e crenças pessoais (BRASIL, 2012).

A partir do que foi discutido ao longo do estudo e do esboço desta proposta, as competências centrais de intervenção que nortearão o currículo estão divididas em duas partes: uma voltada para as vítimas de violência sexual e outra relacionada aos profissionais da saúde.

São eles: a capacidade de identificar e mobilizar os recursos necessários para ajudar uma mulher em situação de violência sexual e a capacidade de questionar, refletir e modificar o próprio comportamento em relação a uma mulher em situação de violência sexual.

Ao fim, como resultados será apresentado um currículo de ensino a distância para profissionais de saúde na atenção integral à mulher em situação de violência sexual e, produção de uma resenha do livro *Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios*, de Ludmila Fontenele Cavalcanti (2022).

**RESULTADO I**

**DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DE CURRÍCULO**

## 5.1 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DE CURRÍCULO

### 5.1.1 Passo 1: Descrição da justificativa do currículo

As manifestações de violência em todas as esferas exigem a mobilização do poder público e da sociedade civil para o enfrentamento dessa realidade nefasta que atinge diferentes populações em todo o país.

Pesquisas têm mostrado que graduar-se com preparo insuficiente para as disciplinas e questões pode reproduzir um desempenho despreparado e incompleto (OLIVEIRA *et al.*, 2016; CAVALCANTI & SILVA, 2017; CAVALCANTI, 2022). Muitas vezes, o primeiro contato com um episódio ocorre por meio da prática no serviço de saúde, o que estimula os profissionais a buscarem ativamente diferentes formas de qualificação. Dada a natureza sociocultural do fenômeno, essa situação faz com que muitos casos passem despercebidos pelos serviços de saúde devido às dificuldades enfrentadas pelos profissionais na identificação desses casos.

Uma baixa proporção de estudantes e profissionais de saúde realiza cursos que abordem a violência contra a mulher durante a graduação, principalmente nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia, além de não haver abordagens de protocolo e fragilidades na capacidade de gerenciar casos (ALCARAZ *et al.*, 2014).

Essa fragilidade na formação é identificada na percepção do profissional especialista que atua na área da saúde e analisa a prática distanciada da teoria:

Não houve nenhuma aula específica na graduação, apesar de falar sobre a violência, o foco é no atendimento físico, clínico, na atenção para demais aspectos pouquíssimo se aborda. É falado que a mulher pode ter e seria bom atendimento psicológico. Mas como é construída essa rede, como são acionados e das atuações é uma interrogação, esses fluxos deveriam ser apresentados já na base. E na prática, passa despercebido e se perde. É preciso ter maior consciência dos cuidados a curto, médio e longo prazo e que se mantivesse os cuidados em toda rede. (Expert E).

Segundo Vieira, Padoin e Landerdahl (2009), em geral, os profissionais saem da universidade despreparados para enfrentar necessidades implícitas que não são declaradas pelos usuários, como muitas vezes acontece no caso de violência nos serviços de saúde. Casos encobertos, onde não há sinais físicos visíveis, apresentam-se como uma barreira à admissão de violência. Guedes, Nogueira e Camargo Jr. (2009) argumentam que a falta de capacidade

de revelar o não óbvio está relacionada à formação baseada em um modelo biomédico hegemônico que não valoriza os aspectos subjetivos e a singularidade do sofrimento humano.

Vale notar que o enquadramento dessa discussão não abrange aspectos fundamentais para a compreensão e resposta à violência contra a mulher, como gênero. As potencialidades do perfil da biologia clínica, essencialmente inserido na estrutura curricular do currículo da área da saúde, vão de encontro às características promovidas pela forma como se produz saúde no SUS e não contemplam adequadamente situações complexas de violência (SALDANHA *et al.*, 2014).

A reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas é pautada na lógica técnica, focando a parte global, limitando as ações para o enfrentamento do problema, e não visando as necessidades dos usuários. A literatura reitera essa evidência de que é ineficaz incluir e abordar esse tema na formação dos profissionais de saúde, pois compreender a violência requer um processo de reflexão e aquisição de diversos saberes, incluindo suas dimensões político-sociais (BERGER, 2011; PEDROSA E SPINK, 2011).

Na percepção do profissional especialista os serviços e os profissionais devem ser preparados para que se realize um atendimento à mulher vítima de violência humanizado e com qualidade, caso contrário, será fragmentado, limitado, isolado em suas práticas:

Os profissionais e serviços precisam estar preparados para realizar o atendimento com qualidade e humanizado. O que vemos em muitos casos, ou na maioria, é que alguns profissionais sabem, outros tantos não. É fundamental ao profissional de saúde entender e conhecer todas as normas e diretrizes sobre o atendimento à mulher vítima de violência. O que seria melhor seria fazer parte dos protocolos institucionais, com treinamentos e acompanhamentos periódicos. Isso pode até acontecer em algumas instituições, mas, com certeza, não em todas. Daí a necessidade de buscar conhecimento de forma individualizada, cada um por si. O que não adianta muito se a instituição não estiver no mesmo ritmo. A gente acaba perdendo o interesse. (Expert C).

Em estudo sobre ensino, formação médica e atendimento em situações de violência por parceiro íntimo, Hamberger (2007) destacou como limitação a frequente segregação das atividades temáticas das demais atividades e conteúdos temáticos que compõem o currículo matricial, isso também limita a elegibilidade para tais ações.

Berger (2011) acrescentou que os profissionais de saúde dificilmente estão preparados para lidar com questões delicadas que envolvem fortes responsabilidades morais que exigem suas próprias percepções e sentimentos para lidar com questões sociais complexas, como

violência sexual e aborto legal. Bosi *et al.* (2000, p. 43) referem-se a essa invisibilidade das questões além dos limites da prática biomédica baseada no modelo como "silêncio curricular". No entanto, o silêncio não é apenas curricular, pois há também o silêncio do debate social.

Profissionais experts evidenciam o silêncio da mulher vítima, por seu desconhecimento e todo sofrimento, mas também do silêncio frente o desconhecimento técnico-prático dos profissionais:

É essencial ofertar um atendimento integral a mulher que sofre uma violência sexual. Ter uma equipe multidisciplinar, preparada, o acesso à rede é fundamental para que o atendimento não se resuma ao tratamento dos sintomas emergentes. Reconheço que foco em resolver a queixa principal da mulher naquele momento, no atendimento, e que ela tem acesso a outros atendimentos, mas muitas vezes se perde. Se a mulher se cala, e muitas vezes nem tem forças, nem condições, ela não considera, e muitas vezes desconhece os serviços e os direitos de manter os cuidados em outras áreas. Faltam conhecimento e orientação dos profissionais também nesse sentido. (Expert A).

Muitas vezes, a mulher se fecha, além de se sentir assim, vítima e vulnerável, ela fica assim, sendo submetida a uma situação que acaba por provocar mais sofrimento. Esta mulher fica exposta. Falta estrutura nos serviços, preparo profissional e conhecimento sobre o atendimento tão específico. (Expert B).

A implicação dos gestores, bem como o fortalecimento de toda estrutura em rede para o atendimento especializado voltado para a mulher vítima de violência sexual também foram sinalizados como importantes fatores na avaliação assistencial e que devam fazer parte da formação profissional:

Precisamos ter não só reconhecimento para desenvolver um bom trabalho, mas condições físicas, emocionais, técnicas e de estrutura, isso nos dará condições para realizar a assistência com qualidade. E não adianta passar para frente se toda a rede de saúde estiver nas mesmas condições. E a gente vê é isso, infelizmente. É preciso envolvimento de todos, profissionais e gestores para mudar todo esse cenário. (Expert D).

No âmbito das instituições políticas e dos paradigmas de produção do conhecimento, essa reticência é reforçada pela concepção bancária dos processos de educação e trabalho em saúde centrados na imagem do médico, o que dificulta a implementação de práticas apoiadas na ação coletiva em equipes multiprofissionais e redes de serviços (BERGER, 2011).

### **5.1.2 Passo 2: Análise do perfil da clientela**

A presente proposta tem como público-alvo profissionais de saúde que atuam no nível hospitalar, graduados e/ou pós-graduados, que atendem mulheres em situação de violência sexual tais como psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

A abordagem no atendimento em trauma, crise psíquica e suicida de mulheres em situação de violência sexual é uma área que demanda integração de várias outras disciplinas e, para o melhor aproveitamento do curso, é preferível que os alunos já tenham alguma vivência clínica, não sendo entretanto, fator de exclusão, e sim, complementar.

Seja em um ambiente de atendimento clínico de urgência, seja em um centro de atenção primária ou psicossocial, secundária ou terciária, as frequentes necessidades de uma mulher que sofreu violência sexual fazem com que os casos devam ser adequadamente avaliados e conduzidos por profissionais capacitados, seja no ambiente de trabalho ou por meio de encaminhamento seguro para serviços profissionais mais complexos.

Além desses requisitos existem outros requisitos para participar do curso que são: estudo pessoal e acesso ao computador via Internet. O curso fornecerá a princípio vagas ilimitadas, ou seja, não terá limite de vagas, sendo autoinstrucional, podendo o aluno se inscrever quando houver interesse, e cumprindo os pré-requisitos de graduação ou pós-graduação, acesso e interesse no tema e/ou profissional.

### **5.1.3 Passo 3: Elaboração dos objetivos**

Os procedimentos utilizados para identificar os objetivos de aprendizagem consideraram a divisão dos temas a serem abordados no curso, divididos em unidades, cuja metodologia envolveu: revisão de literatura, experiência pessoal e relatos de colegas que atuam na mesma área e elaboração de um quadro contendo o que normalmente é aprendido em treinamentos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual (Quadro 2). Alguns temas foram considerados relevantes por todos, enquanto outros foram mencionados com menor frequência ou importância. A partir daí os assuntos foram agrupados por afinidade e sintetizados. Ainda assim, a lista é densa e complexa.



**Quadro 2** - Temas abordados em treinamentos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual contra a mulher

<b>TEMAS</b> <b>VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHER</b>		
	<u>Comuns</u>	<u>Específicos</u>
<b>Considerados Relevantes</b> <i>Mais abordados</i>	Direitos e Deveres Agravos à saúde Avaliação Medidas de prevenção Atuação multiprofissional Atendimento em saúde Direcionamentos	Atendimento Avaliação Acionamento
<b>Considerados Eventuais</b> <i>Menos abordados</i>	Papel de cada profissional – como fazer, quando Atuação dentro dos serviços Ambiência Autonomia Individualidade Recursos Humanos Rede Integrada Organização da Atenção	Papel de cada profissional – como fazer, quando Vulnerabilidades bio-psico-sociais Avaliação de Riscos Normas de Atendimentos- Aspectos Éticos-Legais

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

Novas análises foram realizadas para selecionar os temas fundamentais que realmente capacitam os profissionais para atuar sobre eles na prática. Novo quadro foi então elaborado, agrupando os conteúdos em conhecimentos, habilidades e atitudes, refletindo novamente a importância deste tema para intervenções no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual na saúde (Quadro 3). É dada especial atenção à atitude profissional do trabalho.

**Quadro 3** - Temas abordados em treinamentos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual contra a mulher

<b>TEMAS</b>		
<b>VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHER</b>		
	<b>Conteúdo central</b>	<b>Conteúdos em conhecimentos, habilidades e atitudes</b>
<b>Conteúdo Fundamental</b>	<p>Conhecimento conceitual sobre violência sexual.</p> <p>Normas Técnicas e Diretrizes.</p> <p>Aspectos Éticos-Legais.</p> <p>Vulnerabilidades bio-psico-sociais.</p> <p>Processos práticos de atendimento e atuação multidisciplinar.</p> <p>Orientações - Ficha de Notificação do SINAN.</p> <p>Direitos sexuais e reprodutivos.</p> <p>Estratégias de intervenção, manejo e direcionamentos, individualizados, humanizados.</p> <p>Violência Sexual e autocuidado.</p>	<p>Conhecimento técnico referente às Normas e Diretrizes multiprofissionais dos serviços de saúde.</p> <p>Conhecimentos sobre os tipos de violência mais comuns.</p> <p>Conhecimento de estratégias para intervenções multidisciplinares frente aos fatores psicossociais.</p> <p>Conhecimento técnico-prático registro de prontuários, exames médicos, preservação e coleta de vestígios forenses no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.</p> <p>O papel do profissional da saúde e o trabalho em equipes interdisciplinares.</p> <p>Habilidades e atitudes no acolhimento, atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência.</p> <p>Habilidades e atitudes para evitar a revitimização e a violência institucional.</p> <p>Habilidades e atitudes em intervenção em crise e traumas psíquicos.</p>

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

A partir da definição de três competências centrais para o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- 1) Promover o conhecimento técnico referente às Normas e Diretrizes multiprofissionais dos serviços de saúde referente a atenção à mulher em situação de violência sexual;
- 2) Garantir acolhimento, atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência e ampliar o acesso das mulheres aos serviços para evitar a revitimização e a violência institucional;
- 3) Dotar os alunos de conhecimentos sobre os tipos de violência mais comuns, o papel do profissional da saúde e o trabalho em equipes interdisciplinares com instrução supervisionada durante o curso;
- 4) Promover aos alunos habilidades e atitudes em intervenção em crise e traumas psíquicos;
- 5) Promover aos alunos habilidades para desenvolverem estratégias de intervenções multidisciplinares frente aos fatores psicossociais identificados;
- 6) Promover conhecimentos gerais ao aluno sobre as normas de atendimento e os fluxos, considerando as condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar, referentes a realização de prontuários, sobre exame clínico e ginecológico, exames complementares e o acompanhamento psicossocial no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

Diante destas características, observa-se um conjunto de capacidades que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) que possam/devam ser requeridas no desenvolvimento das competências profissionais e individuais. O CHA apresenta-se como um importante instrumento de desenvolvimento, aplicado com a finalidade do alcance dos objetivos organizacionais, em uma determinada situação, e em um determinado tempo (RUAS, 2005). Seu alcance está na formação do profissional, atuando nos níveis do conhecimento (saber), das habilidades (saber fazer) e da atitude (fazer). Ao articular e colocar em prática este conjunto de capacidades, o profissional desenvolve de forma eficiente, eficaz, evidenciando assim, a competência profissional para as atividades requeridas (CORDÃO, 2003, p. 21; FERREIRA *et al.*, 2019).

O quadro a seguir ilustra os objetivos gerais e específicos de cada unidade, bem como carga horária atribuída e tipos de objetivos: conhecimentos, habilidades ou atitudes (CHA).

Quadro 4 - Objetivos gerais e específicos

UNIDADE	OBJETIVO GERAL	CH	CHA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
Unidade 1 - Introdução	Conhecer os conceitos básicos e ideias gerais sobre violência e violência sexual	8	C	Compreender as definições e termos utilizados	Conhecer definições e termos utilizados Conhecer a epidemiologia referente ao tema abordado
			H	Utilizar recursos do AVA	Utilizar recursos do AVA
			A	Compreender os valores morais de comportamento	Identificar valores relacionados a violência Discutir sobre como lidar com a angústia provocada pelo assunto
<b>Revisão e atividades avaliativas* Mínimo 70% para prosseguir ao módulo seguinte</b>					
Unidade 2 - Atendimento	Descrever o processo de atendimento de saúde em face de uma situação de violência sexual	8	C	Compreender as principais teorias e NT	Discutir questões do desenvolvimento relacionadas ao tema
			H	Realizar atendimento médico (exame físico, solicitação de exames e prescrição de medicamentos) Realizar atendimento psicossocial	Ampliar a discussão sobre atuação multidisciplinar
			A	Realizar acolhimento e escuta ativa	Realizar o acolhimento e atendimento humanizado
<b>Revisão e atividades avaliativas* Mínimo 70% para prosseguir ao módulo seguinte</b>					
Unidade 3 - Exames complementares e o acompanhamento psicológico e social da vítima	Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social	10	C	Avaliar a rede de suporte familiar (pessoas de referência para esta mulher) frente ao ocorrido e rede de segurança (identificar situações de ameaças e se a mulher está em segurança física e emocional)	Avaliar estado mental e, se necessário, encaminhamento para avaliação psiquiátrica na Rede de Saúde Mental com prioridade Avaliar a rede de suporte e proteção sociofamiliar
			H	Desenvolver e monitorar o plano de tratamento Estabelecer metas e prioridades, com flexibilidade para adaptar o protocolo ao paciente	Utilizar técnicas para garantir a segurança do paciente: ambiente seguro. Realizar monitoramento e reavaliação frequente

			A	Propiciar atendimento acolhedor e de suporte psicológico e social	Identificar, acionar e orientar a rede de suporte e proteção da paciente Manter tranquilidade e demonstrar segurança no momento da intervenção
<b>Revisão e atividades avaliativas* Mínimo 70% para prosseguir ao módulo seguinte</b>					
<b>Unidade 4 - Intervenção</b>	Realizar estratégias de intervenção e acolhimento às vítimas	10	C	Entender o manejo de urgências e emergências: identificar sinais de alerta e indicações de internação	Conhecer princípios de intervenções em crise e situações traumáticas
			H	Desenvolver e monitorar o plano de tratamento. Estabelecer metas e prioridades, com flexibilidade para adaptar o protocolo ao paciente	Utilizar técnicas para garantir a segurança do paciente: ambiente seguro. Realizar monitoramento e reavaliação frequente
			A	Manter tranquilidade e demonstrar segurança no momento da intervenção	Identificar, acionar e orientar a rede de suporte da paciente
<b>Revisão e atividades avaliativas* Mínimo 70% para prosseguir ao módulo seguinte</b>					
<b>Unidade 5 - Direitos em casos de VS e a Notificação dos casos</b>	Realizar orientações pertinentes ao quadro clínico da paciente Preencher ficha de notificação do SINAN Orientar acerca dos direitos sexuais e reprodutivos	8	C	Compreender os direitos em situação de violência sexual e o preenchimento da ficha de notificação do SINAN	Compreender os aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual Compreender os aspectos referentes a ficha de notificação
			H	Realizar o registro em conformidade da ficha de notificação do SINAN	Desenvolver sobre como registrar e documentar adequadamente o atendimento
			A	Propiciar orientações e esclarecimentos quanto aos direitos e direcionamentos	Orientar sobre gestão acompanhada e o abortamento permitido em lei em casos de VS Orientar sobre a importância de se realizar o Boletim de Ocorrência Orientar acerca dos serviços da rede de atendimento (assistência social, saúde e justiça) e acerca dos direitos sexuais e reprodutivos
<b>Revisão e atividades avaliativas* Mínimo 70% para prosseguir ao módulo seguinte</b>					
<b>Unidade 6 - O profissional</b>	Avaliar e reconhecer as próprias condições	6	CHA	Refletir sobre como seu conhecimento, suas	Desenvolver a motivação para o aprimoramento

	de lidar com a situação de violência sexual contra a mulher e da atenção ao autocuidado contínuo			atitudes e atitudes podem interferir no atendimento a mulher em situação de violência sexual  Discutir sobre autocuidado	contínuo no campo  Desenvolver estratégias de atenção ao autocuidado
<b>Revisão e atividades avaliativas* Mínimo 70% para finalizar.</b>					
<b>Certificado</b>					
<b>Será conferido certificado de conclusão após finalização de todos os módulos.</b>					

Legenda: CH - carga horária; CHA - conhecimentos, habilidades e atitudes; C – conhecimentos; H – habilidades; A - atitudes; AVA – ambiente virtual de aprendizagem

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

#### **5.1.4 Passo 4: Estabelecimento dos princípios educacionais aplicados ao currículo**

A proposta do curso é que o ensino seja centrado no aluno, tendo o participante como sujeito da produção do conhecimento, a partir de estratégias como análise-práticas baseadas em estudo de casos clínicos. Os tópicos abordarão questões interdisciplinares, incluindo reflexões sobre conhecimentos, habilidades e atitudes relevantes para a intervenção no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

Enquanto em um curso presencial a aprendizagem baseada em problemas segue uma certa estrutura de etapas, em um curso a distância essa estrutura deve acomodar a possibilidade de atividades assíncronas.

Este modelo também dá ao aluno autonomia, flexibilidade e liberdade de aprender por conta própria o que mais lhe interessa. Por exemplo, para cada unidade é sugerida uma bibliografia de textos importantes da área e o aluno tem autonomia de adequar os temas de seu maior interesse. De forma complementar, o aluno terá acesso ao material de apoio (Anexo A), podendo consultar a qualquer momento, servindo como base e de referência para análise-práticas. O objetivo deste curso não é esgotar o estudo de atendimento a vítimas de violência sexual, mas fornecer as ferramentas para fazê-lo com excelência.

#### **5.1.5 Passo 5: Estruturação do currículo**

O esforço de projeção para esta proposta de curso é de 50 horas. No entanto, cursos mais curtos ou mais longos podem ser criados dependendo dos objetivos e circunstâncias do aluno. As duas habilidades vão andar de mãos dadas, porque na prática, enquanto se trata de alguém, o próprio profissional está envolvido na relação.

A Unidade 1 apresenta o tema da violência e violência sexual e sua prevenção, o formato do curso e ajudará ao se familiarizar com os recursos utilizados. Discute conceitos importantes de intervenção e atendimento a vítimas de violência sexual. O curso será totalmente no formato de ensino a distância, sendo assíncrono e autoinstrucional.

A carga horária proposta para a unidade 1 introdutória é de 8 horas. Nesta primeira unidade será apresentado os conceitos básicos e as ideias gerais, como a epidemiologia sobre violência e violência sexual. O delineamento das 4 unidades seguintes foi elaborado a partir da lógica da sequência do atendimento: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24 h por meio da ficha de notificação da violência.

A unidade 2 – Descreve o processo de atendimento de saúde frente a situação de violência sexual. Será apresentado sobre atendimento clínico, psicossocial, da atuação multiprofissional. Este conhecimento permitirá uma avaliação mais ampla e precisa, e conseqüentemente, condutas mais adequadas. Carga horária desta unidade é de 8 horas.

A terceira unidade se dedica a exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial. Nesta unidade serão apresentados sobre a rede de suporte e de proteção socio-familiar, como do acionamento da rede de Saúde Mental, quando necessário e indicado. Os profissionais devem considerar a história e eventos de vida, fatores de risco e proteção, sintomas atuais ou anteriores de transtorno mental e aspectos sociais e familiares. A carga horária alocada para esta atividade é de 10 horas. Aqui, os alunos já devem ser capazes de entender o contexto mais amplo do atendimento, entender o estado atual do paciente, como ainda, de realizar os direcionamentos, de acordo com o caso.

Na unidade 4 apresenta-se sobre as estratégias de intervenção e acolhimento às vítimas. Os aspectos teóricos e práticos devem convergir em um plano de intervenção coerente para manter os pacientes seguros. Técnicas específicas de intervenção podem ser utilizadas, mas o comportamento é amplamente delineado com base em avaliações específicas e precisas previamente realizadas. Na realidade, é claro, muitas etapas de avaliação e gestão são realizadas simultaneamente de forma interdependente, mas pedagogicamente elas são divididas em momentos distintos. Propõem-se 10 horas para este momento.

A unidade 5 trabalhará os seguintes tópicos: A notificação adequada dos casos de violência sexual; análise de casos cínicos, das orientações sobre os aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual, a gestação acompanhada e o abortamento permitido em lei. Carga horária desta unidade é de 8 horas.

A sexta e última unidade é concebida como uma atividade vertical, com foco nas questões dos profissionais em todos os momentos que realizam atendimento a vítimas de violência sexual e do autocuidado. O objetivo é focar nos aspectos da relação profissional-paciente ao longo do curso. A carga horária prevista para este módulo é de 6 horas e estimula tanto a reflexão sobre como atuar quanto como os profissionais são afetados por situações de violência. Além disso, destaca a importância do autocuidado e quais recursos podem ser buscados para lidar com as emoções. Outra consideração diz respeito ao intervalo esperado entre as discussões dos tópicos. São momentos necessários de reflexão e reconhecimento maduro.

Cada unidade terá ao final uma atividade avaliativa, a fim promover uma revisão do conteúdo, conhecimentos, habilidades e atitudes que foram propostos, discutidos e trabalhados. Para que o aluno possa seguir para o próximo módulo, deverá atingir um mínimo de **70%** de acerto. A proposta é fazer reflexões da atuação trazendo o ensino-aprendizagem ao contexto de trabalho no atendimento a mulher em situação de violência sexual.

A seguir o quadro ilustrativo sobre a distribuição da carga horária de acordo com cada unidade, indicando um cronograma de estudo:

**Quadro 5** - Cronograma de estudo sugerido por unidade:

	Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade 4	Unidade 5	Unidade 6
<b>Abertura</b>						
Semana 1	4 horas					
Semana 2	4 horas					
Semana 3		4 horas				
Semana 4		4 horas				
Semana 5			4 horas			
Semana 6			6 horas			
Semana 7				4 horas		



Semana 8				3 horas		
Semana 9				3 horas		
Semana 10					4 horas	
Semana 11					4 horas	
Semana 12						3 horas
Semana 13						3 horas
<b>Fechamento</b>						<b>50 horas</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

### 5.1.6 Passo 6: Descrição do curso e dos módulos

A primeira unidade do curso tem como proposta uma carga horária total de 8 horas. Inicialmente será feita a apresentação do curso, seguindo para o conteúdo da unidade que integra o tema da violência sexual e como deve ser feito o acolhimento para a intervenção e o atendimento das vítimas.

Uma vítima de violência sexual quando chega ao atendimento em um serviço de saúde deve ser acolhida para exames físicos e psicológicos, por isso, há a necessidade de uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente social. Entretanto, o curso tem como público-alvo profissionais da área da saúde na esfera da atenção hospitalar, graduados e pós-graduados, que buscam capacitação no atendimento à mulher vítima de violência.

A violência sexual é um crime devastador e a vítima apresenta grande vulnerabilidade, por isso, um atendimento profissional e adequado deve ser a prioridade nesses casos. Entender o tema da violência sexual em si e como acolher essas vítimas é essencial para o atendimento humanizado e é nessa primeira unidade que os profissionais da saúde vão ter acesso a esse conteúdo.

É de grande importância ressaltar a importância do atendimento a vítima de violência sexual realizado por uma equipe multidisciplinar, de forma cuidadosa, acolhedora e atenta, tornando-se a capacitação parte essencial para a qualidade, segurança e humanização assistencial, levando em consideração a integralidade e intersetorialidade do cuidado.

**Quadro 6** - Grade da Unidade 1.

<b>Tempo previsto</b>	<b>Temas</b>	<b>Atividades</b>
CH 8 h	Apresentação do curso Conceitos básicos	Sobre acolhimento a mulher vítima de violência sexual
	A plataforma online	Orientações e Treinamento
	Introdução ao tema “Violência sexual contra a mulher”	Reflexões sobre o tema “acolhimento de vítimas de violência sexual na atenção primária a saúde”
	Sobre “Atendimento humanizado à mulher vítima de violência”	“Como reconhecer sinais de violência não relatadas; sigilo de informações e orientações para registro de boletim de ocorrência”
	Sobre o atendimento humanizado, como escutar e proporcionar a vítima um ambiente seguro	“Respeito a decisão da mulher quanto a procedimentos de denúncia”
	“A importância de psicólogos e assistentes sociais no atendimento a vítimas de violência sexual”	Questionário sobre atendimento inicial a vítima de violência sexual
	Sobre estabelecer um bom relacionamento entre a equipe multiprofissional	Atividade reflexiva da atuação em equipe
	Finalização da unidade 1	Atividade reflexiva sobre atitudes a serem tomadas no acolhimento da vítima

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

As estratégias utilizadas neste momento inicial serão anotações de conversas, discussões em vídeo e dinâmicas de grupo. A avaliação será formativa com base no envolvimento dos alunos e na reflexão sobre os temas abordados.

Exemplo de atividade:

**Quadro 7** - Exemplo de questões envolvidas na avaliação de aprendizagem sobre violência, referente à Unidade 1 do curso

Sobre as expressões da violência, escolha uma alternativa:

- A) A violência sexual é aquela cometida por meio da coerção, uso da força, e/ou ameaça a ter e/ou testemunhar relações sexuais indesejáveis.**
- B) A violência sexual não reforça falsas premissas socioculturais depreciativas e nem utiliza de poder sobre a outra pessoa
- C) A violência já ficou no passado e os números de vítimas tem diminuído ao longo dos anos
- D) A mulher vítima de violência geralmente não tem muitos danos, nem físicos nem psicológicos.

Sobre as expressões da violência:

I - A violência física corresponde ao uso da força física de forma intencional, não-acidental, por um autor que a provoca contra a criança ou adolescente. II - A violência psicológica constitui um conjunto de atitudes, palavras e ações que podem envergonhar, censurar e pressionar a criança ou o adolescente de modo temporário ou permanente. III – O bullying é uma expressão da violência psicológica. Sobre as afirmativas, assinale a resposta correta:

- A) Apenas II está correta
- B) Apenas III está correta
- C) Apenas I e III estão corretas
- D) Todas estão corretas**

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

Resposta correta em negrito.

Após a introdução ao tema de violência sexual e ao primeiro atendimento à vítima dessa violência que deve ser humanizado e acolhedor, a Unidade 2 irá abordar sobre o atendimento em casos de violência sexual contra a mulher. Assim que o acolhimento da vítima é feito, deve-se seguir para os procedimentos de avaliação e tratamento das condições médicas, exames clínicos e coleta de material, solicitação de exames laboratoriais, contracepção de emergência, profilaxia de ISTs e continuação do acompanhamento psicológico e social.

**Quadro 8 - Grade da Unidade 2**

<b>Tempo previsto</b>	<b>Temas</b>	<b>Atividades</b>
CH 8 h	“Procedimentos para coleta de material biológico”	Apresentação/aula do tema
	“Procedimentos para coleta de material biológico: materiais que devem ser coletados”	Apresentação/aula do tema
	Introdução: “Explicar para a vítima a necessidade de exames físicos e como eles serão feitos”	Apresentação/aula dos aspectos referente a “Preservação dos vestígios biológicos coletados”
	“Medidas profiláticas para ISTs nas primeiras 72 h”	Apresentação/aula do atendimento de coleta de material biológico
	“Registro da Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual”	Apresentação/aula do atendimento para medidas profiláticas para ISTs e Ficha de Atendimento
	Gestação em casos de VS e “Interrupção legal de gestação”	Apresentação/aula “Importância do acompanhamento psicológico durante os exames físicos”
	“Encaminhamentos caso a vítima opte por manter a gestação”	Apresentação/aula sobre a equipe multidisciplinar frente ao atendimento clínico, papel de cada profissional e cuidado com a paciente.
	Finalização da unidade 2	Atividade reflexiva sobre acompanhamento multiprofissional no atendimento da vítima de VS
<p>Atividade reflexiva sobre acompanhamento multiprofissional no atendimento da vítima de VS - Com base nos conhecimentos adquiridos nesta unidade, proponha um plano de cuidados, inserindo o atendimento integral, desde o acolhimento da vítima, os procedimentos de avaliação e tratamento das condições necessários em casos de violência sexual contra a mulher para o caso apresentado:</p> <p>Caso Unidade 2 - S.C.D, mulher de 30 anos, casada há 4, sem filhos, mas estava planejando para o próximo ano. Trabalha durante o dia como professora em uma escola infantil. Ao chegar em casa, depois do</p>		

trabalho, tem sua casa invadida por um estranho, que a força a ter relações sexuais. Durante o ato de violência sexual, sem proteção, houve violência física e psicológica, incluindo xingamentos e tortura.

Ao chegar em casa, seu marido a encontra com escoriações, por todo corpo, despida ainda, em estado agitado. Ambos estão nervosos e angustiados.

O marido a leva para um pronto-atendimento de hospital para ser atendida e receber todas as orientações.

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

A terceira Unidade do curso é voltada para exames complementares e o acompanhamento psicológico e social da vítima. Após as medidas profiláticas para ISTs, entre 7 a 14 dias a vítima deve ser encaminhada para o seguimento ambulatorial para avaliação do tratamento antirretroviral e de possíveis efeitos colaterais. Além disso, é comum as vítimas desenvolverem Síndrome do Estresse Pós-Traumático, por isso o acompanhamento psicológico deve ser continuado.

Torna-se imprescindível destacar que o atendimento à mulher vítima de violência se dá em unidades especializadas, mas ocorrem com certa frequência em unidades não especializadas, especialmente na área da saúde. Nesse sentido, tanto os serviços especializados devem estar aptos a realizar o atendimento em conformidade com as normativas existentes, como os serviços não-especializados, como neste caso, de hospitais gerais, terem amplo conhecimentos sobre a referência e contrarreferência, garantido à mulher o acompanhamento clínico, psicológico e social previsto nos serviços de saúde de referência que devem se estender por um período posterior à realização do primeiro atendimento.

A equipe do serviço de saúde deve avaliar a continuidade do acompanhamento, como ainda realizar e prestar demais orientações quanto aos encaminhamentos necessários para outros serviços e unidades da rede, entre eles, as Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Saúde Especializadas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência de Atenção à Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira. Tanto os serviços especializados como os não especializados devem ter a compreensão da responsabilidade do papel que desempenham na promoção de cuidados, na prevenção e construção de condições para que estas mulheres tenham maior autonomia e empoderamento e possam realizar suas escolhas. Somente a partir das informações qualificadas dos seus direitos, dos serviços especializados e dos procedimentos envolvidos que a mulher se sentirá segura para a denúncia da violência sofrida,

corroborando assim, para o fortalecimento e enfrentamento da violência sexual contra as mulheres.

**Quadro 9** - Grade da Unidade 3

<b>Tempo previsto</b>	<b>Temas</b>	<b>Atividades</b>
CH 10 h	“Seguimento ambulatorial da vítima de violência sexual”	Apresentação/aula “Acompanhamento psicológico e social contínuo após o seguimento ambulatorial”
	A avaliação de pacientes em seguimento ambulatorial	Apresentação/aula para avaliação do trabalho como equipe multidisciplinar
	“Busca da valorização e apoio da família”	Apresentação/aula como a equipe acolher e apoiar a família da vítima
	“Papel do serviço social no atendimento a vítimas de violência sexual”	Apresentação/aula e reflexões sobre a assistência social no acompanhamento a longo prazo
	“Como avaliar a necessidade do suporte psicológico”	Apresentação/aula e reflexões sobre o acompanhamento psicológico da vítima
	Finalização da unidade 3	Atividade reflexiva sobre acompanhamento psicossocial e o suporte em rede no atendimento da vítima de VS
<p>Atividade reflexiva sobre acompanhamento multiprofissional no atendimento da vítima de VS - Com base nos conhecimentos adquiridos nesta unidade, proponha um plano de cuidados, inserindo no atendimento integral o acompanhamento psicossocial e o suporte em rede em casos de violência sexual contra a mulher para o caso apresentado:</p> <p>Caso Unidade 3 -</p> <p>A.F.G tem 44, é divorciada, não tem filhos e mora sozinha. Trabalha como vendedora de automóveis, não tem muitos amigos, mas gosta de sair no final da semana depois do trabalho para beber e diz que é para relaxar. Em uma destas saídas, ela diz que não se recorda o quanto havia bebido, mas se lembra que voltaria para casa com um colega que havia encontrado. Ao acordar, sente seu corpo dolorido e que havia tido relações sexuais. Ela procura uma amiga que a leva para um serviço de saúde. Lá ela é atendida por uma equipe multiprofissional, mas, como não é um serviço especializado, será direcionada recebendo todas as orientações e direcionamentos.</p>		

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

A Unidade 4 trata sobre técnicas específicas que devem ser realizadas durante o atendimento da vítima. A equipe multidisciplinar deve trabalhar junta, mas cada uma tem um papel específico a cumprir, e nessa unidade será abordado como cada profissional deve agir.

**Quadro 10** - Grade da Unidade 4

<b>Tempo previsto</b>	<b>Temas</b>	<b>Atividades</b>
CH 10 h	Sobre a intervenção, os direcionamentos e do acolhimento em situação de violência sexual	Apresentação/aula “Papel do profissional no atendimento a vítima de violência sexual”
	“Papel do profissional de saúde no atendimento a vítima de violência sexual”	
	“Papel do médico, enfermeiro, psicólogo e da assistência social no atendimento a vítima de violência sexual”	Apresentação/aula “Papel do profissional de saúde hospitalar no atendimento a vítima de violência sexual” Atuação em rede de suporte
	Orientação e Direitos legais “Papel do profissional de saúde no atendimento a vítima de violência sexual em caso de gestação fruto do abuso”	Apresentação/aula “Gestão e Aborto legal em casos de estupro”
	“Abordagem multiprofissional em saúde - Marcos Legais contra a violência contra a mulher”	Reflexões sobre atuação da equipe multiprofissional e o seu papel no atendimento e na prevenção em saúde - Marcos Legais
	Finalização da unidade 4	Atividade reflexiva sobre no atendimento da vítima de VS
<p>Atividade reflexiva sobre acompanhamento multiprofissional no atendimento da vítima de VS - Com base nos conhecimentos adquiridos nesta unidade, proponha uma plano de cuidados, inserindo no atendimento integral e em rede em casos de violência sexual contra a mulher para o caso apresentado: Caso Unidade 4 - V.R. tem 25 anos de idade, está na faculdade de biologia, não namora e diz que sofreu</p>		

violência sexual em uma festa da turma da faculdade mas que não contou a ninguém por vergonha. Entretanto, desconfia que esteja grávida. Ela vai para uma maternidade muito ansiosa, relata dores e sangramento. A paciente então realiza alguns exames e é identificado que está grávida. Ela então diz que não pretende ter o filho e entra em desespero, pedindo ajuda. Diante desta atitude e comportamento, a equipe médica se reúne para realizar os direcionamentos para que a mulher tenha as orientações e os atendimentos adequados.

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

Na unidade 5 será abordado sobre os direitos, dos aspectos jurídicos em casos de violência sexual, levando-se em considerações as Leis e as Normas Técnicas em caso de uma vítima de violência sexual. Além disso, nesta unidade será abordado sobre o preenchimento adequado da ficha de notificação do SINAN. A unidade finaliza o conteúdo com atividade reflexiva acerca dos temas abordados. Segue sugestão de um filme que aborda sobre violência sexual contra mulher complementando a proposta reflexiva da unidade no que se refere a violência sexual contra a mulher.

**Quadro 11** - Grade da Unidade 5

Tempo previsto	Temas	Atividades
CH 8 h	“Sistema de Informação de Agravos de Notificação compulsória (SINAN)”	Apresentação/aula “A importância e como realizar a notificação adequadamente ”
	“Sistema de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas”	Introdução a atribuições e responsabilidades específicas de cada profissional
	“Políticas Nacionais/Leis de combate a violência sexual.”	Apresentação/aula para orientação de vítimas que mostram receio em fazer boletim de ocorrência
	“Como orientar a vítima sobre boletim de ocorrência”	Apresentação/aula “Como identificar situações de ameaça e segurança da vítima” Sobre as Leis que protegem e garantem direitos a mulheres vítimas de violência
	Sobre gestação e aborto	Sobre o acolhimento e



	previsto em lei.	atendimento humanizado da vítima de violência sexual em casos de gestação e aborto
	Reflexões sobre o preconceito com aborto por profissionais da saúde	Apresentação/aula sobre “O aborto é um direito da vítima de violência sexual e o preconceito acerca do tema”
<p>*Filme sugerido - reflexões acerca do tema tratado</p> <p>**Série - sugestão complementar</p> <p>***Atenção à classificação indicativa</p>	<p><b>Filme - <i>Entre Mulheres</i> (2023)</b></p> <p>O Filme traz história sensível de reação feminina contra violência sexual e abusos. Foi indicado ao Oscar 2023 nas categorias melhor filme e melhor roteiro adaptado</p> <p>Baseado no Livro homônimo da autora Miriam Toews, lançado em 2018. O longa, dirigido por Sarah Polley, é inspirado em eventos reais, ocorridos na colônia de Manitoba, na Bolívia. No ano de 2010, mulheres que vivem em uma comunidade religiosa isolada descobrem que os homens desta colônia passaram anos utilizando anestésicos para drogar e estuprar mulheres e meninas durante a noite, algumas vezes resultando em gravidez.</p> <p><b>Série - <i>Inacreditável</i> (2019)</b> - Disponível na Netflix.</p> <p>Baseada num artigo jornalístico vencedor do Prêmio Pulitzer, tem como ponto de partida a história real de uma adolescente vítima de estupro que, ao relatar seu caso à polícia, é acusada de ter feito uma denúncia falsa. A série mostra como mulheres que sofrem violência sexual costumam encontrar pela frente mais desconfiança do que apoio e empatia.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

As pessoas em situação de violência têm o direito de serem acolhidas, orientadas, atendidas e encaminhadas, quando necessário, para serviços especializados da rede de saúde, de outras áreas de políticas públicas e do sistema de justiça (BRASIL, 2001). De acordo com o que se estabelece na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) a atenção para mulheres em situação de violência sexual e doméstica, como uma das ações intersetoriais representativas dos direitos humanos, encontra-se potencializada nas especificidades da atenção à saúde, dispostas nas normas técnicas. Torna-se fundante, não apenas o desenvolvimento e o aprimoramento das políticas públicas, como a organização da rede de apoio, de forma legitimada, fortalecida e acessível, apta a prover um cuidado integral, resolutivo e humanizado.

Após toda a introdução sobre o tema e o aprendizado sobre o acolhimento da vítima, procedimentos clínicos e acompanhamento ambulatorial, os alunos estarão preparados para um atendimento adequado a vítimas de violência sexual. A unidade 6 apresenta casos clínicos fictícios como atividade de discussão para que os alunos apresentem como a equipe atenderia a vítima.

### Quadro 12 - Grade da Unidade 6

Tempo previsto	Temas	Atividades
CH 6 h	Apresentação do caso clínico 1.	Desenvolver a atividade por meio de análise crítica-prática
	. A mulher em situação de violência sexual . Acolhimento e Atendimento Humanizado . Rede de Atenção em Saúde	<i>Qual o papel de cada um?</i>
	Apresentação do caso clínico 2.	Desenvolver a atividade por meio de análise crítica-prática
	Abordagem Multiprofissional à Mulher Vítima de Violência Sexual e Unidade Hospitalar	<i>Abordagem Multiprofissional e Direcionamentos - Atenção em Rede.</i>

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

Caso clínico fictício 1. A história e nomes relatados são fictícios, mas apresentam a realidade clínica de vítimas de violência sexual (Quadros 14 e 15).

### Quadro 13 - Exemplo de atividade de análise crítica-prática de Caso Clínico 1 sobre violência, referente à Unidade 6 do curso

Clarice tem 26 anos e chegou ao hospital acompanhada do namorado. Ela está chorando, ansiosa, com crises de pânico. O namorado relata que ela estava sozinha no ponto de ônibus voltando do trabalho quando um homem desconhecido parou com um carro, a forçou a entrar no veículo e a levou para um terreno onde a estuprou. Após o crime o homem deixou Clarice no terreno e fugiu. Clarice ligou para o namorado em desespero e contou a violência que sofreu, o namorado foi até onde Clarice estava e a levou diretamente para o hospital.

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

Caso clínico fictício 2. A história e nomes relatados são fictícios, mas apresentam a realidade clínica de vítimas de violência sexual.

**Quadro 14** - Exemplo de atividade de análise crítica-prática de Caso Clínico 2 sobre violência, referente à Unidade 6 do curso

Maria Aparecida, 55 anos, divorciada, trabalha como atendente, e após o horário de serviço, foi violentada sexualmente no caminho, ao sair da estação de ônibus próximo a sua casa. Foi levada ao hospital acompanhada por desconhecidos que passavam perto e a encontraram machucada, chorando no meio da rua. Ao chegar no hospital, Maria estava em choque, com medo, e não conseguia falar claramente. A equipe médica e de enfermagem acolheram, explicando e orientando que seria necessário realizar exames e que ela ficaria um tempo até que fosse liberada. Já era tarde, estava desacompanhada e permaneceu até que fossem realizadas todas as avaliações e orientações necessárias ao caso.

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024)

Nesta atividade os alunos deverão desenvolver a estratégia a ser tomada para o atendimento da vítima. Como fazer o acolhimento inicial, definir quais profissionais ficarão encarregados em cada etapa de atendimento da vítima, os exames clínicos que devem ser feitos, medidas profiláticas, e acompanhamentos.

Cada unidade possui uma bibliografia recomendada para estudo. Entretanto, esta lista serve apenas como guia, pois se espera que os alunos tenham a liberdade e a iniciativa de buscar outras fontes que enriqueçam as discussões, de acordo com seus próprios interesses.

### **5.1.7 Passo 7: Elaboração do sistema de avaliação da aprendizagem**

Em cada módulo haverá uma Trilha de Aprendizagem, que irá constituir em conjunto sistemático e contínuo de atividades visando o desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais por meio da flexibilidade, experiência e diversidade de estímulos.

Os objetivos específicos da atividade serão fornecidos inicialmente em cada módulo, onde o aluno irá acompanhar e verificar de acordo com as competências do tema proposto. Os alunos devem manter uma conexão pessoal e acompanhar de perto o seu desenvolvimento ao longo do curso para identificar dificuldades e encontrar maneiras de superá-las.

A avaliação da aprendizagem será realizada ao longo do processo, podendo o próprio aluno acompanhar seu desenvolvimento a cada etapa. Ao final de cada módulo será proposta a realização de uma atividade analítica-reflexiva, envolvendo o raciocínio técnico-lógico de acordo com o conteúdo abordado. Para que o aluno possa prosseguir, deverá realizar o mínimo de 70% de acerto nos conhecimentos adquiridos, podendo retornar, revisar o conteúdo e realizar novamente a avaliação visando assim, reconhecer seus pontos de fragilidades e de melhorias.

Como métodos de avaliação são: arquivos de texto, estudos de caso, descrições detalhadas de intervenções propostas em casos clínicos, com intuito de promover reflexões e participação ativa dos alunos no seu processo de aprendizagem e desenvolvimento prático. Espera-se que seja baseado no pensamento crítico e nas apresentações citadas na atividade proposta, principalmente casos clínicos. A avaliação de habilidades e atitudes é sempre mais complexa. A ideia é que cada aluno seja capaz de se concentrar nos vários aspectos apresentados ao longo do curso e integrá-los em recomendações de intervenção clínica. Nas atividades EAD, a complexidade aumenta para que os alunos demonstrem efetivamente as competências adquiridas, e a avaliação da aprendizagem, que tem sido criticada em qualquer modalidade de ensino, pode ser mais adequada por meio de mais de uma ferramenta.

#### **5.1.8 Passo 8: Descrição do modelo de organização do curso**

A proposta de organização do currículo é baseada em dois eixos centrais inter-relacionados e que se influenciam: um voltado para o abordagem multiprofissional à pessoa em situação de violência sexual que buscam os serviços de saúde e outro para os profissionais que a atendem, inseridos no nível terciário de atenção. Não há uma disciplina específica separada.

Como proposta organizativa, haverá uma Trilha de Aprendizagem, em destaque dos objetivos específicos bem como a apresentação do Mapa Mental e um vídeo de apresentação a cada módulo explanando as competências técnicas e comportamentais a serem desenvolvidas. Além disso, serão realizadas atividades avaliativas, podendo o próprio aluno acompanhar seu desenvolvimento a cada etapa ao longo do processo de aprendizagem.

Os módulos iniciais colocarão algumas questões gerais sobre o currículo e os métodos utilizados e levarão a reflexões sobre as atitudes em relação ao atendimento a mulheres

vítimas de violência sexual, que noções preconcebidas os alunos têm e como elas afetam os serviços.

Ainda na primeira unidade é considerada 'pré-cuidado', ou seja, conhecimento, habilidades e atitudes relacionadas ao atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, questões de desenvolvimento e eventos de vida e prevenção.

A Unidade 2 - Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual - refere-se ao "processo de atendimento", levando-se em consideração as questões relacionadas à avaliação clínica e psicossocial.

A unidade 3 aborda no que se refere aos exames complementares, acompanhamento psicossocial e o suporte em rede para as mulheres que sofreram VS.

A unidade 4 abrange questões relacionadas à intervenção e ao acolhimento, visando promover metas, prioridades e planos de tratamentos individualizados e efetivos.

A Unidade 5 trata sobre as orientações e cumprimento dos direitos previstos em lei e da realização da notificação em casos de violência.

E a unidade 6 é um eixo vertical relacionado a questões para profissionais que atuam na intervenção em crise, apontando a importância do autocuidado, contratransferência, atitudes, influência do paciente sobre o profissional e como lidar com isso, buscando redes de apoio e supervisão.

Ao final de cada unidade, é proposto uma avaliação sobre o processo de aprendizagem realizada pelo aluno. Para receber o certificado de capacitação no curso, o aluno deverá concluir integralmente as 50 horas propostas e 70% de aproveitamento.

### **5.1.9 Passo 9: Estabelecimento do processo de gerenciamento**

O programa será administrado por um corpo docente composto por funcionários responsáveis pelos seguintes núcleos:

- a) Núcleo de conteúdo e avaliação dos alunos;
- b) Núcleo de tecnologia;
- c) Núcleo de administração e comunicação externa.

Além de organizar a bibliografia do estudo proposto, o núcleo de conteúdo deve realizar atividades condizentes com a unidade proposta, a fim de atingir os objetivos

declarados. Ele também acompanhará o aprendizado e a avaliação do aluno, fornecerá feedback e identificará áreas para melhoria. O Núcleo de tecnologia será responsável pela criação e manutenção do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) onde serão disponibilizadas as ferramentas e atividades sugeridas: controle de acesso para alunos, professores e demais membros da equipe, fóruns, biblioteca e midiateca incluindo materiais pertinentes, bibliografia, apostila do curso, ferramentas de comunicação pública e privada como *chat* e mensagens, calendário de eventos, ferramentas de avaliação, área de ajuda no próprio AVA, área privativa para atividades de desenvolvimento e armazenamento de arquivos dos alunos, manutenção e atualização da plataforma.

O Núcleo de Administração e Comunicação Externa será responsável pelos assuntos administrativos gerais, como inscrição, programação e gestão de eventos, documentação e divulgação dos cursos aos públicos-alvo. Deve também coordenar as atividades do curso de forma assíncrona e autoinstrucional. Isso dá aos alunos a confiança para se desenvolverem conforme o esperado, aumenta a motivação e detecta dificuldades desde o início e em todo o processo. Embora as máquinas sejam utilizadas para o ensino, elas não substituem o elemento humano no processo.

O Núcleo de Administração e Comunicação Externa será responsável ainda pelos assuntos relacionados ao marketing pedagógico, desenvolvendo ao início de cada módulo a trilha de aprendizagem, mapa mental e um vídeo breve, com intuito de apresentar o conteúdo e as competências a serem desenvolvidas de acordo com cada unidade.

#### **5.1.10 Passo 10: Organização do sistema de avaliação do curso**

Ao final, será aplicada um pequeno questionário para os alunos do curso responderem referente às melhorias quanto ao conteúdo, estratégias utilizadas, organização da unidade e do curso como um todo.

## **RESULTADO II**

### **RESENHA**

Título do livro - Violência sexual contra a mulher: abordagens, contexto e desafios / Ludmila Fontenele Cavalcanti (org.) – Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2022.

Publicada no Volume 40 n. 7 em 31 de Julho (2024) do periódico Cadernos de Saúde Pública.

## 5.2 RESENHA DO LIVRO

### Lacunas na abordagem da violência sexual contra a mulher: a quem de fato estamos protegendo?

Gaps in the approach to sexual violence against women: who are we actually protecting?

Brechas en el abordaje de la violencia sexual contra la mujer: ¿a quién estamos protegiendo realmente?

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: ABORDAGENS, CONTEXTOS E DESAFIOS.** Cavalcanti LF, organizadora. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2022. 310 p. ISBN: 978-65-88388-32-7.

doi: 10.1590/0102-311XPT088424

A violência sexual contra a mulher é um importante problema de saúde pública não apenas por seus impactos à saúde das vítimas e ao sistema de saúde, mas também por ser uma das formas mais graves de violação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos<sup>1</sup>. Os impactos desse tipo de violência atingem de forma contundente as mulheres e de forma indireta toda a sociedade que presencia, no cotidiano, as desigualdades de gênero que subjagam as mulheres e as tornam vulneráveis a problemas de saúde física e mental. Soma-se a isso a sensação de impunidade aos casos de violência sexual que chegam a ser registrados pelo sistema de justiça.

É nesse contexto, que o livro *Violência Sexual contra a Mulher: Abordagens, Contexto e Desafios*<sup>2</sup> se coloca, com reflexões a partir da produção de conhecimento em torno da violência de gênero e importantes aspectos relacionados à formação de profissionais, análises epidemiológicas e de ações para seu enfrentamento. Organizado pela pesquisadora Ludmila Fontenele Cavalcanti, li-

der do Grupo de Pesquisa e Extensão Prevenção da Violência Sexual, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o livro está estruturado em três partes, cada uma composta por cinco capítulos. A coletânea agrega pesquisadores de sete instituições de ensino e pesquisa brasileiras e uma colombiana, que se dedicam aos temas relacionados às diferentes expressões da violência de gênero.

A primeira parte do livro aborda a inserção do tema da violência sexual na formação profissional, do ponto de vista dos currículos de graduação em Psicologia, Serviço Social, Medicina e Enfermagem e na perspectiva dos docentes da área da saúde. Apresenta a visão dos profissionais produtores de cuidados às mulheres em situação de violência sexual sobre ações de capacitação, supervisão e suporte institucional. Os autores trazem à tona, ainda, uma discussão sobre a complexidade e as dificuldades enfrentadas para a concretização da interrupção da gestação em casos previstos em lei. Fica evidente, nessa primeira parte do livro, a necessidade de se melhorar a formação dos profissionais de saúde para lidar com a violência contra a mulher, não apenas no aspecto técnico e legislativo, mas também na forma de abordagem e na urgência de um atendimento humanizado às vítimas. Esse é um desafio que ainda persiste na agenda do setor de saúde: capacitar profissionais para lidar com a identificação, abordagem e encaminhamento de casos de violência no Brasil<sup>3,4</sup>.

A segunda parte do livro está voltada aos aspectos conceituais que estariam na gênese da vio-



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição, que permite cópia, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrição, desde que o trabalho original seja devidamente citado.



lência contra a mulher. Todos os capítulos incluídos nessa parte abordam de certa forma os mecanismos culturais envolvidos na violência sexual contra a mulher e fazem alusão à estratégia de controle de seus corpos como um "direito" facultado aos homens e ratificado pelo Estado. Mais que uma expressão do poder do homem sobre o corpo feminino, essa parte do livro exemplifica as diversas manifestações do patriarcado ao longo da história, das violências de gênero e da violência institucional contra as mulheres. Questões culturais envolvidas no que os autores chamam de origem da violência de gênero são discutidas a partir da "cultura do estupro", da violência obstétrica em mulheres negras, do feminicídio como o extremo da violência de gênero praticada contra mulheres, da "pornografia de vingança" que utiliza as mídias digitais censurando sofrimento, adoecimento e danos à imagem social e emocional das mulheres, e finalizam com os desafios envolvidos no atendimento a situações de violência sexual contra menores de 14 anos.

Embora os temas do patriarcado e da violência de gênero estejam presentes de forma transversal em todo o livro, é nessa segunda parte que eles são mais enfaticamente discutidos. Esse aspecto é de fundamental importância para o desmontamento das engrenagens envolvidas na violência contra a mulher, e dialogam com os aspectos apontados por Foucault<sup>4</sup> acerca do papel da violência como um instrumento utilizado para manter a estrutura de poder. No caso, o poder dos homens sobre o corpo das mulheres.

A última parte do livro é dedicada às expressões da violência de gênero contidas nas políticas públicas que abordam a proteção às mulheres. Mais que uma discussão acerca da existência de uma política que contemple o tema, o livro aponta para os desafios na implementação efetiva dessas para a proteção das vítimas de violência sexual. São discutidas a ineficiência do Estado em garantir os direitos das mulheres e a ocorrência de revitimização e perpetuação da violência nas diversas instâncias da rede de proteção, inclusive nos serviços de saúde, nas instituições jurídicas e nas estratégias de promoção e prevenção da violência. Tais aspectos são ilustrados nas seguintes situações: (i) a complexidade acerca da proteção às mulheres que sofreram violência doméstica após a separação de um parceiro violento, cuja

violência é mantida após o rompimento do vínculo nas diversas instâncias em que a mulher busca ajuda; (ii) o silêncio existente nas políticas públicas no que tange à prevenção da violência sexual, que não inclui o agressor como ponto central das ações de prevenção; (iii) a violência sexual praticada contra mulheres e crianças em situação de refúgio, mostrando as dificuldades nos processos de proteção social desse grupo; (iv) a descontinuidade das políticas e estratégias de promoção de cuidados às vítimas e de prevenção da violência, que se alteram a cada mudança de governo, dificultando o trabalho em rede inter-setorial nos campos da saúde (desde a atenção primária até a atenção especializada); e (v) as fragilidades da atuação em rede, em serviços especializados ou não, e da atuação multidisciplinar e multiprofissional.

O livro chama atenção para o fato de que as violências contra a mulher são decorrentes de misoginia, de discriminação e da desigualdade de poder entre homens e mulheres ao longo da história, ocasionando desfechos desfavoráveis a elas, em muitos casos fatais. Adverte para a necessidade de responsabilização do Estado, tomando para si a formulação de intervenções e ações integradas e intersetoriais para as políticas públicas que de fato garantam os direitos das mulheres, punição a seus agressores e previnam as abordagens desastrosas que as revitimizam.

Os autores encorajam uma atuação que desnaturaliza o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres que subjugam a mulher ao lugar de vítima e a culpa por sua condição. Muitos são os exemplos de mulheres sendo julgadas e condenadas moral e socialmente, e revitimizadas pela impunidade de seus agressores. O caso mais recente e ilustrativo disso veio à tona nas mídias sociais por ocasião do julgamento do jogador de futebol brasileiro Daniel Alves, condenado por estupro na Espanha. Apesar de condenado pela justiça, o jogador teve sua liberdade garantida após o pagamento de uma fiança equivalente a R\$ 5,4 milhões, enquanto são examinados os recursos contra sua condenação. Em entrevista, a advogada da vítima disse que sua cliente afirmou: "sim, que voltaram a me estuprar. Estou cansada de ser forte, não quero mais ser forte"<sup>5</sup>. Esse fato ilustra a fragilidade do Estado em garantir o direito das mulheres.

No campo da Saúde Coletiva, o livro se faz importante ferramenta de consulta e discussão sobre o tema, apontando caminhos e reconhecendo a violência sexual como uma dimensão da violência de gênero, com caráter interseccional e relacionado às determinações sociais. Traza à tona a importância e a urgência de produzir metodologias de intervenção no atendimento às vítimas e de promover a formação e o acompanhamento dos profissionais que atuam na abordagem das vítimas como fator determinante para a qualidade do cuidado. Embora o livro não sugira como fazê-lo, chama atenção para a necessidade de incluir os agressores em ações que visem à revisão de suas condutas, à prevenção das violências e de proteger e garantir os direitos das mulheres por meio da ação coordenada e integrada das diversas instâncias e políticas públicas estatais.

Meire Rose de Oliveira Loureiro Cassini <sup>1</sup>  
Adalgiza Feineto Ribeiro <sup>2</sup>  
Graziella Lage Oliveira <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.  
graziellalageoliveira@gmail.com

#### Colaboradores

M. R. O. L. Cassini contribuiu com a redação e a revisão, e aprovou a versão final. A. F. Ribeiro contribuiu com a redação e a revisão, e aprovou a versão final. G. L. Oliveira contribuiu com a redação e a revisão, e aprovou a versão final.

#### Informações adicionais

ORCID: Meire Rose de Oliveira Loureiro Cassini (0000-0002-6817-3501); Adalgiza Feineto Ribeiro (0000-0001-9413-2068); Graziella Lage Oliveira (0000-0002-3387-3383).

1. Moreira GA, Freitas KM, Cavalcanti LF, Vieira LJ, Silva RM. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trab Educ Saúde* 2018; 16:1039-53.
2. Cavalcanti LF, organizadora. *Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2022.
3. Souza ER, Penna LHC, Ferreira AL, Tavares CMM, Santos NC. O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação em enfermagem e medicina. *Rev Enferm (UERJ)* 2008; 16:13-9.
4. Souza ER, Ribeiro AF, Penna LHC, Ferreira AL, Santos NC, Tavares CMM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14:1709-19.
5. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
6. CartaCapital. *Vítima de Daniel Alves lamenta possível solução: sinto que voltaram a me castigar*. CartaCapital 2024; 21 mar. <https://www.cartacapital.com.br/cartacapressa/vitima-de-daniel-alves-lamenta-possivel-solucao-sinto-que-voltaram-a-me-castigar>.

Recebido em 28/Mar/2024  
Aprovado em 24/Abr/2024

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualificação profissional para atender mulheres em situação de violência sexual indica ser baixa e insuficiente. A grande maioria dos estudos levanta questões sobre a falta de capacitação profissional e educação em serviço, bem como a insuficiente produção científica sobre temas relacionados à violência sexual contra a mulher e suas dimensões. O estudo reitera essa lacuna, afirmando que o desconhecimento dos profissionais de saúde e a falta de diagnóstico e atendimento às situações de violência sexual se deve ao despreparo decorrente de uma formação pautada em modelos biomédicos, que impossibilitam a articulação da relação entre o corpo e sociedade.

O estudo evidenciou que os profissionais de saúde dificilmente estão preparados para o atendimento adequado à mulher vítima de violência sexual. De acordo com Bosi *et al.* (2000) a invisibilidade das questões além dos limites da prática biomédica baseada no modelo como "silêncio curricular" são um dos pilares quanto ao despreparo. Entretanto, o silêncio não é apenas curricular, pois há também o silêncio do debate social. Reconhecer que a violência contra a mulher é um assunto de interesse público requer o engajamento de toda a sociedade para reduzir sua incidência. Isso permitiu, particularmente na última década, o estabelecimento de novos marcos legais e a implementação de programas e ações governamentais coordenadas para prevenir e responder à violência doméstica e sexual.

Nesse sentido, observou-se que os cuidados de saúde para a violência contra as mulheres permanecem diretamente ligados aos padrões sociais de dominação de gênero pelos homens sobre as mulheres. A noção profissional de atendimento a esse público permanece conservadora e condizente com o senso comum. Apesar de todos os avanços feministas, isso configura a persistência de padrões hegemônicos de relações assimétricas que ajudam a explicar e informar o conceito de conservadorismo.

Os achados também revelaram que diante do despreparo dos profissionais se relacionam as dificuldades de articulação com redes intersetoriais e falta de serviços de referência para a continuidade do atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Tais aspectos apresentam, além do despreparo e/ou desconhecimento do profissional de saúde, a falta de uma rede clara e coesa, tornando ainda mais difícil e penosa a peregrinação das mulheres que buscam atendimento nos diversos serviços, levando muitas vezes ao abandono da busca por ajuda. Assim, estruturação também de redes de serviços especializados e de referência para a atenção integral à saúde de pessoas em situação de

violência sexual tem se mostrado um passo importante para garantir o atendimento, a promoção e a prevenção das mulheres em situação de violência.

Não é um serviço novo, mas um conceito de trabalho que precisa ser articulado dentro e intersetorialmente para integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no nível local (BRASIL, 2012). Diante desses dados, os estudos analisados concordam que, para atender efetivamente as mulheres em situação de violência sexual, é necessária uma maior conscientização e envolvimento também das instituições de ensino para extensão da formação profissional, acompanhamento de educação continuada e cursos acadêmicos sobre a temática.

Outro conceito enquadrado pelo estudo é a necessidade de melhorar a articulação das redes de apoio dentro e entre os setores, a fim de destrinchar os principais caminhos para as mulheres buscarem apoio e permitir que elas encontrem os cuidados de que precisam quando procuram os serviços de apoio. Denota-se que o aprimoramento das políticas públicas, como a organização da rede de apoio, de forma legitimada, fortalecida e acessível, apta a prover um cuidado integral, resolutivo e humanizado. Evidencia-se, ainda, nas recomendações analisadas, que há uma melhora qualitativa quando se agregam serviços especializados para o atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

A análise da qualificação dos profissionais de saúde para atender mulheres em situação de violência sexual revela que a forma como esse tema vem sendo abordado nas instituições de ensino é incipiente, mesmo para profissionais recém-formados. A fragilidade da qualificação profissional para tais atividades é agravada pela falta de capacitação ou pelo fato de as iniciativas voltadas para esse fim serem esporádicas, o que os impede de cumprir sua função principal, que é a transformação da prática e da realidade.

Diante deste cenário, as lacunas relacionadas à qualificação dos profissionais de saúde apontam para a necessidade de incorporar e aprofundar esse tema na formação profissional. Com efeito, torna-se fundamental integrar referências das ciências humanas e sociais na matriz curricular dos cursos de saúde para possibilitar uma compreensão crítica dos fenômenos que facilitem intervenções qualificadas. Fatores estes também sinalizados e indicados por Cavalcanti (2022), permitindo uma análise aprofundada e que amparou o referencial teórico deste estudo possibilitando obter como resultado um segundo produto, a Resenha do livro: *Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios*.

Ao fim, a proposta do curso de capacitação visa ampliar e tornar o conhecimento mais próximo da realidade prática, de modo a promover mudanças e minimizar as lacunas existentes frente ao processo de formação e renovação das equipes de saúde nos serviços, especializados e não especializados, nas unidades hospitalares. Essa abordagem requer um

trabalho contínuo, sistemático e participativo, condizente com a dinâmica profissional, que permite a reflexão e a discussão sistemática entre os atores envolvidos para encontrar soluções aos impasses colocados, no aprimoramento das políticas públicas e organização da rede de apoio, além de aguçar a análise da sociedade sobre a relevância do combate à violência e suas causas a fim de efetivar a mudança de paradigmas e, que assim sendo, todos sejam formadores de uma cultura de garantia de direitos, de paz e da promoção de cuidados em saúde e prevenção da violência a todos.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, *et al.* **Formação profissional e atenção à mulher vítima de violência sexual: revisão integrativa.** Sanare. 2020, Jul-Dez;19(2):57-68.

ALCARAZ, C. L. *et al.* Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 217-226, 2014.

ALMEIDA, L. R. de; SILVA, A. T. M. C. da; MACHADO, L. dos S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2014, 18: 47-60.

ARAGÃO, F. B. A. *et al.* Perfil de mulheres vítimas de violência sexual no Brasil: antes e depois da pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n.10, e 2289108114, 2020. Disponível em: Acesso em: 22 jan. 2024. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8114/11726>

ARIAS I, C. P. **Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender:** a comparison of men and women. *Violence and Victims*, 20(4):379– 391, 2005.

ATLAS DA VIOLÊNCIA 2021. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Instituto Jones dos Santos Neves**, São Paulo: IPEA FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

ATLAS DA VIOLÊNCIA 2022. Em questão: Evidências para políticas públicas. Dados sobre estupro no Brasil. **Policy Brief**. Brasília: Ipea; nº22. FBSP, 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1694-pbestuprofinal.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2023.

BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 2929-2938, 2017.

BATISTETTI, L. T.; LIMA, M. C. D.; SOUZA, S. R. R. K.; A percepção da vítima de violência sexual quanto ao acolhimento em um hospital de referência no Paraná. **Rev Fun Care Online**. 2020 jan/dez; 12:169-175.

BERGER, S. M. D. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 526-534, 2011.

BEZERRA JF, LARA SRG, NASCIMENTO JL, BARBIERI M. Assistência à mulher frente a violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, 31(1): 1-12, jan./mar., 2018.

BOSI, M. L. M. *et al.* **Aborto provocado:** o ponto de vista de acadêmicos de medicina de uma universidade pública. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 41-54, 2000.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 05 maio de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 2. ed. Atualizada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde: Norma Técnica, 2005.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 20 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 12.845, 1º DE AGOSTO DE 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual**. Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 10.778, 24 DE NOVEMBRO DE 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 11.340, 7 DE AGOSTO DE 2006. **Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher**. Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas **Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica**. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: MS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: Norma Técnica**. 1ª Edição, Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Vigilância Epidemiológica. **Sistema de informação de agravos de notificação - SINAN**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021a.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM n. 737, DE 16 DE MAIO DE 2001. **Política Nacional de redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, 18 maio de 2001. Seção 1e.

\_\_\_\_\_. DECRETO Nº 7.958, 13 DE MARÇO DE 2013. **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.** Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas.** Brasília: MS; 1999.

\_\_\_\_\_. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019.** Rio de Janeiro: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019. Disponível em: [https://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](https://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf) Acesso em: 02 de jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil.** Data folha Instituto de Pesquisas. 3ª Ed., 2021b. Disponível em <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em 23 de mar. de 2024.

BRASÍLIA. PORTARIA Nº 1.662, 2 DE OUTUBRO DE 2015. **Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS.** Ministério da Saúde. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. PORTARIA Nº 485, 1º DE ABRIL DE 2014. **Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

CALDEIRA, T. P. R. **Cidade de Muros.** São Paulo: Edusp, 2000.

CAVALCANTI, L. F; FLACH, R. M. D; FARIAS, R.S. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **O Social em Questão - Ano XV - nº 28 – 2013.**

CAVALCANTI, L. F; MOREIRA, G. A. R.; VIEIRA, L. J. E. S.; SILVA, R. M. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde debate.** 2015.

CAVALCANTI, L. F.SILVA, R. M. **Violência sexual contra a mulher e a formação profissional na área da saúde.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X.

CAVALCANTI, L. F. (Org.). **Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios.** Rio de Janeiro, RJ: Ed. UFRJ, 2022. 310 p.



- CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2021**. Brasília: Ipea; FBSP, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.
- CERVANTES, G. V.; TREVISOL, F. S., & JORNADA, L. K. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. **Rev Bras Clin Med São Paulo**, 11(2), 145-149, 2013.
- CHAUÍ, M. Ensaio, ética e violência. **Revista Teoria e Debate**, ano 11, n. 39, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Contra a Violência**, 2011. Disponível em: <https://esmec.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2011/06/contra-a-violencia-marilena-chaui.doc>. Acesso em: abr. 2023.
- CORDÃO, F. A. Apresentação À Edição Brasileira. Em P. Zarafian, **O Modelo de Competência: Trajetória Histórica, Desafios Atuais e Propostas**. São Paulo: Senac, 2003.
- CORDEIRO, K. C. C.; SANTOS, R. M.; GOMES, N. P.; MELO, D. S.; MOTA, R. S.; COUTO, T. M. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **Rev Baiana Enferm.** 2015; 29(3):209-17.
- COSTA, A. A. A. O Movimento Feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. In. **Revista do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero – NUTEG**. Nº 02. Niterói: NUTEG, 2007, p. 9-35.
- DA FONSECA BEZERRA, J. *et al.* Assistência à mulher frente a violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018.
- DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; D'ORSI, E.; LINDNER, S. R. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. **Cienc. Saude Colet** 2018; 23(5): 1687-1696.
- DIÊGOLI, C. A.; DIÊGOLI, M. S. C.; LERNER, T.; RAMOS, L. O. **Abuso sexual na infância e adolescência**. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, nº 7, p.81-5, 1996.
- DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y.; PRIETO, E. T.; MARQUES, J. A.; FERNANDES, C. E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **J Pediatric**, vol. 5, nº 77, p.413-9, 2001.
- DREZETT, J. **Profilaxia pós-infeciosa de mulheres estupradas**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES E CRIANÇAS, 4. 2002. Livro de Resumos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002, p.20-2.
- DREZETT, J.; DEL POZO, E. **El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual**. La Paz: Ipas Bolivia, 2002, p.1-15.
- DINIZ, N. M. F. *et al.* **Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 23, n.2, p. 106-186, 1999.

EARLY, E. The raven's return: **the influence of psychological trauma on individuals and culture**. Wilmette: chiron publications; 1993.

FAÚNDES, A.; BEDONE, A.; PINTO E SILVA, J. L. I **Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto na lei**. *Femina*, n° 25, p.1-8, 1997.

FAÚNDES, A.; OLIVEIRA, G.; ANDALAF NETO, J. A., Lopez, J.R.C. II **Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei**. *Femina*, n° 26, p.134-8, 1998.

FERREIRA, J. L. Moodle: ambiente virtual de aprendizagem. In: COSTA, M. L. F.; ZANATTA, R. M. (Org.). **Educação à Distância no Brasil: aspectos históricos, legais, políticos e metodológicos**. Maringá: Eduem, 2014.

FERREIRA, M. M. M. G.; DUARTE, A. C. S.; SAMPAIO, J.; MAGALHAES, D. V.; FERREIRA, L. R. F. N. Conhecimento, habilidades e atitudes (cha) e gestão por competências: um estudo de caso na faculdade da Amazônia/ Knowledge, skills and attitudes and management by competencies: a case study at the faculdade da Amazônia. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 5, n. 12, p. 31950–31965, 2019.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S.; & GUEDES, R. N. Violência de gênero: Concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(3), 2011.

FREITAS, M. L; FARINELLI, C. A. **As consequências psicossociais da violência sexual**. EM PAUTA, Rio de Janeiro - 1º Semestre de 2016 - n. 37, v. 14, p. 270 – 295.

FREITAS, C. G.; & SILVA, R. B. B. A. Violência Contra Mulher E A Psicologia Diante Dessa Realidade Na Perspectiva Da Atenção Básica. **Revista Mosaico**, 10(1), 2019.

FUSQUINE, R. S.; DE SOUZA, Y. A.; CHAGAS, A. C. F. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 113-124, 2021.

GARCIA, L.P.; DUARTE, E.C.; FREITAS, L.R.S.; SILVA, G.D.M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, 32(4): 1- 11, 2016.

GROSSI, P. K. (org). **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR, K. R. Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 797-815, 2009.

HABIGZANG, L. **Manual De Capacitação Profissional Para Atendimentos Em Situações De Violência** [Recurso Eletrônico] / Coordenação Luísa F. Habigzang. –Dados Eletrônicos. Pucrs. 2018.

- HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 482-493, JUL-SET 2014.
- HAYECK, C. M. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, 1(1), 1-8, 2015.
- HAMBERGER, K. L. **Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based Intimate partner violence curriculum and evaluation**. *Trauma, Violence & Abuse, United States of America*, v. 8, n. 2, p. 214-225, 2007.
- KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-1952, 2011.
- LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 33, 2017
- LEVINE P. A. **O despertar do tigre: curando o trauma**. 4a ed. São Paulo: Summus; 1999.
- LIMA, S. L. L. **Os profissionais de saúde e a atenção à mulher em situação de violência sexual: um estudo nos serviços de referência do município de natal/rio grande do norte**. Dissertação de mestrado. ENSP. Rio de Janeiro. 2013.
- LOURENÇO, M. B. R. **Corpo, sexualidade e violência sexual na modernidade: contributos para uma análise contextualizada da violência sexual na sociedade portuguesa**. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- MACHADO, C. L. *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015.
- MADEIRA, M. Z; COSTA, R. G. Desigualdades de gênero, poder e violência: uma análise da violência contra a mulher. **Revista O público e o privado**, Ceará, nº 19, p. 79-89, Jan/Julho. 2012.
- MADEIRO, A.; RUFINO, A. C.; SALES, I. C.; QUEIROZ, L. C. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016. **J Health Biol Sci**. 2019;7(3):258-64.
- MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: **DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: **DSM-V-TR**. Porto Alegre: Artmed, 5ª ed. revisada, 2023.
- MELO, C. M. DE .; 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, set. 2022.

MELO, E. M.; CHAVES, A. B.; HORTA, M. A. B.; MENDES, M; BRAGA, G. M.  
**Prevenção da violência em adolescentes: a experiência do Projeto Frutos do Morro: II**  
Congresso Brasileiro de Extensão. Belo Horizonte: 2003.

MILLER, M. S. **Feridas Invisíveis: abuso não-físico contra mulheres.** Trad. Denise Maria Bolanho. São Paulo: Summus, 1999.

MINAYO, M. C. S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 26. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde.** Série Temas em Saúde, Rio de Janeiro, Editora Fio cruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (orgs).  
**Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 19-51.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde. 3ª revisão, 2010.

\_\_\_\_\_. **Norma Técnica. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Princípios e Diretrizes. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.039-1.055, set./dez. 2018.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.; & MORAIS, N. A. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 37(4), 956 - 969, 2017.

OLIVEIRA, J. **Violência doméstica e os instrumentos penais e processuais penais na tutela dos direitos fundamentais das mulheres.** Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito / Programa de Pós-Graduação em Direito - Universidade Metodista de Piracicaba. São Paulo, p. 141. 2014.

OLIVEIRA, P. S. de *et al.* Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1828-1839, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Geneva: OMS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência,** 2012.

cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14141732-prevencao-da-violencia-sexual-e-da-violencia-pelo-parceiro-intimo-contr-a-mulher.pdf Acesso em: 03 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. **Violência contra a Mulher** – Estratégia e Plano de Ação para o Reforço do Sistema de Saúde para Abordar a Violência Contra a Mulher. Cd54/9, Rev. 2.2018.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PEREIRA, A. T. C.; SCHMITT, V.; DIAS, M. R. A. C. Ambientes Virtuais de Aprendizagem. In: PEREIRA, A. T. C. (Org.). **(AVA) Ambientes virtuais de aprendizagem em diferentes contextos**. Rio de Janeiro, Ciência Moderna, 2007.

QUEIROZ, S. **A lesão corporal na Lei Maria da Penha**. Clube de Autores: Edição Digital, 2015.

RAMOS, K. D. da C. **Violência doméstica: um estudo de caso sobre a policial da Polícia Militar do Pará**. Belém, S/E: 2009.

RIBEIRO, J. F; LEITE; ACACIARA, W. Aspects of sexual violence against women: profile of the aggressor and the violent act. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, 2016.

RUAS, R., ANTONELLO, C. S., & BOFF, L. H. **Os Novos Horizontes da Gestão: Aprendizagem Organizacional e Competências**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SALDANHA, O. M. de F. L. *et al.* Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1.053-1.062, 2014.

SANT'ANNA, P. A; BAIMA, A. P. S. Indicadores Clínicos em Psicoterapia com Mulheres Vítimas de Abuso Sexual. **Psicologia Ciência e profissão**, 2008, 28 (4), 728-741.

SANTOS, W. Organização curricular baseada em competências na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 41-54, fev. 2003.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Enfrentamento à violência contra a mulher. Balanço de ações 2006 – 2007**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

\_\_\_\_\_. **Memória 2003- 2006**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

\_\_\_\_\_. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.

\_\_\_\_\_. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher. Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas.** Brasília: SPM, 2004.

SOARES, B. M. **Mulheres Invisíveis: Violência Conjugal e Novas Políticas De Segurança.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. (Orgs.) **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

SOUZA, A. A. C; CINTRA, R. B. Conflitos Éticos e Limitações do Atendimento médico à Mulher Vítima de violência de Gênero. **Revista bioética.** 2018.

SOUZA, T. M. C.; REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina , v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 mar. 2023.

SOUZA, A. C. S. *et al.* Violência contra a mulher em tempos de covid-19: o papel do médico. **Glob acad nurs.** 2020.

SOUZA, J. S. R. *et al.* Cuidados de enfermagem em relação a mulher vítima de violência doméstica na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, 95(34). 2021.

STECANELA, N; FERREIRA, P. M. **Mulheres e narrativas identitárias: mapas de trânsito da violência conjugal.** Caxias do Sul: Educus, 2011.

SUPERINTENDÊNCIA DOS DIREITOS DA MULHER (SUDIM). **Plano Estadual de Adesão ao Pacto de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Rio de Janeiro: SUDIM, 2007.

TAVARES, L. **Arquitetura da Insegurança: estudando as relações entre configuração espacial, artifícios de segurança e violência urbana no bairro de Manaíra, João Pessoa, Paraíba.** Natal: UFRN/CT/DA, Dissertação de Mestrado, 2012.

TOMAZ, J. B. C; *et al.* (Org.). **Aprendizagem Baseada em Problemas: Anatomia de uma Nova Abordagem Educacional: HUCITEC,** 2001.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; & GOMES, M. M.. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(5), 1263–1272, 2013.

VIEIRA, L. B. *et al.* A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 609-616, 2009.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília (DF): FLACSO; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva: World Health Organization; 2021.

\_\_\_\_\_. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence.** Geneva: WHO; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence.** World Health Organization, 2010.

ZALUAR, A. Violência extra e intramuros. **Rev Bras Ciênc Soc.** 2001; 16: 145-64.

ZUCHI, C. Z. *et al.* Violence Against Women: Conceptions Of Family Health Strategy Professionals About Listening. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 22, p.1-9, 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180015>.

## APÊNDICE A - MATERIAL DE APOIO

### Legislação e Notas Técnicas

- Lei Nº12.845, de 1º de agosto de 2013
- Lei Nº13.431, de 4 de abril de 2017
- Decreto Nº9.603, de 10 de dezembro de 2018
- Portaria Nº485, de 1º de abril de 2014
- Portaria GM/MS Nº420, de 2 de março de 2022
- Portaria 1508, de 1º de setembro de 2005
- Portaria Nº1.662, de 2 de outubro de 2015
- Portaria Interministerial nº288, de 25 de março de 2015
- Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.939, de 21 de setembro de 2022
- Deliberação CIB-SUS/MG Nº3.351, DE 17 DE MARÇO DE 2021
- Deliberação CIB-SUS/MG Nº3.621, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2021
- Termo de Cooperação Interinstitucional Nº 022/2021
- Norma Técnica “Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios” Brasília, 2015
- Nota Técnica Nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CMI/2022
- Nota Técnica Nº 2/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2019 - Cirurgia Reparadora

### Manuais e Protocolos

- Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios
- Atenção Humanizada ao Abortamento 2014
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais
- Anticoncepção de Emergência para Profissionais de Saúde



- Manual SAIPS Coleta de Vestígios
- Serviços de Atenção ao Aborto Previsto em Lei: desafios e agenda no Brasil
- Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada
- VIVA - Instrutivo - Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada
- Acordo de Cooperação Técnica

#### Vídeos - Documentários

- Todas podem ser vítimas – O enfrentamento à violência contra mulher
- Violência contra a Mulher
- Documentário relata história de vítimas de violência sexual

#### Leituras complementares

- Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional (produções e dissertações)
- Projeto na UFMG encoraja mulheres a lutarem contra violência

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE CONSULTAS

### Roteiro - Pré

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_  
 Graduação: \_\_\_\_\_ Ano da Graduação: \_\_\_\_\_  
 Pós-Graduação – Área: \_\_\_\_\_ Ano da Pós-Graduação: \_\_\_\_\_  
 Atualmente trabalha na área da Saúde: (S/N) ( ) Serviço Público ( ) Privado  
 Teve alguma formação prévia sobre violência: (S/N)

### REFLITA E AVALIE:

1. O que considera importante que o profissional de saúde saiba para atuar na área de violência sexual contra mulher?
2. Quais desafios encontra na atenção à mulher em situação de violência sexual?
3. Quanto tempo acredita que seria adequado para um curso de capacitação de um profissional em saúde no atendimento à mulher em situação de violência sexual?

### Roteiro - Pós

### REFLITA E AVALIE:

Considere : 1= Muito insatisfeito 2 = Pouco satisfeito 3 = Neutro 4 = Satisfeito 5 = Muito satisfeito

#### Desenvolvimento

1. A motivação dos participantes foi adequada para compreensão?
2. A proposta apresentada atingiu o objetivo?
3. As ideias principais foram esclarecidas quando necessário?
4. O vocabulário utilizado foi adequado e de bom entendimento?
5. A sequência dos assuntos apresentados facilitou o entendimento?
6. Houve domínio suficiente dos assuntos abordados?
1. O grau de aprofundamento nos temas propostos trouxeram maior reflexão sobre a prática?

#### Recursos e Tempo

2. A disponibilidade do tempo foi adequada?
3. O tempo/prazo de realização disponível para o curso foi adequado?
4. O uso de material indicado e/ou disponibilizado atendeu?
5. Os recursos audiovisuais foram utilizados adequadamente?
6. Os recursos disponíveis foram suficientes para o bom desenvolvimento do curso?

#### Avaliação - Sugestões

1. Indicaria o curso para outros profissionais de saúde que atuam na área?
2. Gostaria de aprofundar em algum dos temas apresentados?
3. Qual tema foi/é de maior interesse na temática de violência sexual contra mulher?