



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

GABRIELA PAIM

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: Scoping Review**

Florianópolis, SC
2019

GABRIELA PAIM

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: Scoping Review**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Sandra Noemia Caponi

Florianópolis, SC
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Paim, Gabriela
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL : Scoping Review / Gabriela Paim ; orientador,
Sandra Noemi Cucurullo de Caponi, 2019.
81 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Violência
contra a mulher. 3. Violência sexual. 4. Serviços de
Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. . I. Caponi, Sandra
Noemi Cucurullo de. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**ASSISTÊNCIA EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
SEXUAL: Scoping Review**

GABRIELA PAIM

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO
DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Sandra Noemi Curcurullo de Caponi (Presidente)

Profª. Dra. Sheila Rubia Lindner (Membro)

Profª. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Membro)

Profª. Dra. Fernanda Martinhago (Membro)

Àquele que esteve ao meu lado do início ao fim desta jornada, Mateus, por ser o esposo mais companheiro e paciente que existe. E ao nosso amado bebezinho, ainda sendo gerado, nosso presente.

Dedico este trabalho também aos meus pais e a Ane minha irmã, como retribuição ao incentivo e apoio em todas as minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre ao meu lado, dando-me sabedoria e conhecimento para que eu pudesse vencer mais esta etapa de minha vida.

À amada Léi, minha segunda mãe, que nos deixou esse ano, deixando imensa saudade: agradeço pelo amor incondicional que sempre teve por mim. Nunca te esquecerei!

Ao meu amor Mateus, por ser tão importante na minha vida. Sempre ao meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino, te amo.

Aos meus pais, Bernadete e Lu, pelo exemplo de dignidade, pela confiança na minha capacidade e sólida formação que proporcionou ser quem sou hoje, serei eternamente grata. Amo vocês!

A minha irmã Ane, pelo incentivo e apoio em todos os momentos dessa trajetória.

Aos meus amigos de todas as horas, Leo e Lipe, por estarem sempre ao meu lado, a amizade de vocês é essencial na minha vida. Obrigada!

À professora Sandra Caponi. Pela sua disposição, presença e liberdade que me deu em todos os momentos para que esse estudo se tornasse possível.

Aos membros da banca: Profa. Dra. Sheila Rubia Lindner, Dra. Marta Inez Machado Verdi e Profa. Dra. Fernanda Martinhago, por aceitarem o convite e dedicarem parte do seu tempo em ler e contribuir de maneira tão importante para a realização deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Brusque, de forma especial a direção de Atenção Básica, que permitiu que me afastasse das atividades da Unidade de Saúde, em dias de aula a fim de que pudesse concluir o mestrado.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que possibilitou a execução deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A violência sexual é uma das manifestações da violência mais atroz e persistentes. A violência sexual atravessa a história e sobrevive. Atinge todos os tipos de pessoas, em todos os espaços sociais. Produz vulnerabilidades, doenças e perpetua uma cultura violenta e patriarcal. A estruturação e manutenção de serviços e redes assistenciais que deem atenção e o cuidado necessário às mulheres em situação de violência sexual, não têm sido uma tarefa simples, exigindo continuados esforços de articulação técnica e política. **Objetivos:** Analisar na literatura como se dá a organização da assistência em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Método:** Revisão Sistematizada do tipo Scoping Review. As buscas foram nas bases de dados: LILACS, PubMed, CINAHL e SCIELO. A busca às bases foi complementada com artigos do acervo pessoal e com referências cruzadas (referência da referência). **Resultados:** Foram identificados 126 artigos na busca das bases de dados e 12 artigos identificados por outras formas de busca. Artigos, dos quais 55 eram duplicatas. Foram selecionados 34 artigos para a leitura na íntegra. Destes, 27 artigos, atenderam aos critérios de elegibilidade para a realização desta scoping review. Das Universidades com representação de pesquisadores nos artigos selecionados, obtivemos 3 representantes de universidades privadas (8,84%) e 31 de públicas (91,16%). O Sudeste brasileiro foi a região que mais publicou estudos a respeito da temática sobre violência sexual. Dentre os artigos analisados na revisão para esse estudo, 85,1% deles abordam as práticas assistenciais de serviços de saúde direcionadas a mulheres que sofrem violência de gênero ou violência sexual. Outros 3 artigos, abordam os sentidos, conceitos ou representações sociais presentes nos discursos de profissionais de saúde acerca da violência sexual/gênero contra a mulher. E um deles caracteriza conceito e o silêncio acerca da violência sexual/gênero de mulheres usuárias de serviços de atenção básica. As dificuldades mais prevalentes que apareceram no estudo foram respectivamente: Baixa qualificação profissional referentes à assistência às mulheres em situação de violência; Violência contra a mulher diretamente ligada ao modelo social das relações de dominação de gênero, do homem sobre a mulher; Concepções profissionais conservadoras, condizentes com senso comum; Dificuldade de articulação com a rede intersetorial e falta de serviços de referência; Presença de políticas públicas acerca da temática, contudo, falta de concretização assistencial das mesmas; Invisibilidade da violência contra as mulheres nos serviços de assistência. Dificuldade dos serviços de saúde em reconhecer o agravo; Atendimento integral desrespeitado, assistência fragmentada, pautada no modelo biomédico e medicalizante; Dificuldade de os profissionais agirem, pela complexidade do problema; Alguns estudos mostraram resultados animadores pela implementação de serviços de referência especializados para a assistência às mulheres em situação de violência profissional e alguns destacaram APS como potencialidade para o enfrentamento da problemática. **Conclusão:** A ampliação da assistência para as mulheres em situação de violência sexual tem desafios técnicos e operacionais a serem postos em prática como: Capacitação profissional, acompanhamento da educação continuada e ampliação curricular acadêmica; Aprimoramento de articulação da rede intra e intersetorial de assistência; Ampliação da produção científica acerca da assistência à violência sexual contra a mulher; Acréscimo de serviços especializados para atenção às mulheres em situação de violência sexual.

Palavras Chave: Violência contra a mulher. Serviços de Saúde. Violência sexual. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is one of the most atrocious and persistent manifestations of violence. Sexual violence crosses the story and survives. It reaches all kinds of people, in all social spaces. It produces vulnerabilities, illnesses and perpetuates a violent and patriarchal culture. The structuring and maintenance of care services and networks that give attention and the necessary care to women in situations of sexual violence has not been a simple task, requiring continued efforts of technical and political articulation. **Objectives:** To analyze in the literature the organization of health care for women in situations of sexual violence. **Method:** Systematic Review of Type Scoping Review. At searches were in the databases: LILACS, PubMed, CINAHL and SCIELO. The search for the bases was complemented with articles of the personal collection and with cross references (reference of reference). **Results:** 126 articles were identified in search of databases and 12 articles identified by other forms of search. Articles, of which 55 were duplicates. 34 articles were selected for reading in full. Of these, 27 articles, met the eligibility criteria for this scoping review. Of the Universities with representation of researchers in the articles selected, we obtained 3 representatives of private universities (8.84%) and 31 public (91.16%). Southeastern Brazil was the region that most published studies on the issue of sexual violence. Among the articles analyzed in the review for this study, 85.1% of them deal with the health care practices directed at women suffering from gender violence or sexual violence. Another three articles deal with the senses, concepts or social representations present in the discourses of health professionals about sexual violence / gender against women. And one of them characterizes concept and silence about sexual violence / gender of women users of basic care services. The most prevalent difficulties that appeared in the study were: Low professional qualification regarding assistance to women in situations of violence; Violence against women directly linked to the social model of relations of gender domination, of men over women; Conservative professional conceptions, consistent with common sense; Difficulty of articulation with the intersectoral network and lack of reference services; Presence of public policies on the subject, however, lack of assistance materialization of the same; Invisibility of violence against women in care services. Difficulty in recognizing the health services; Comprehensive care disrespected, fragmented assistance, based on the biomedical and medical model; Difficulty of professionals to act, due to the complexity of the problem; Some studies have shown encouraging results for the implementation of specialized reference services for the care of women in situations of professional violence, and some have highlighted Primary Health Care as a potential for coping with the problem. **Conclusion:** The expansion of care for women in situations of sexual violence has as objectives and practical stages as: Professional training, continuation of continuing education and expansion of the academic curriculum; Improvement of articulation of the intra and intersectoral assistance network; Extension of scientific production on sexual violence against a woman; Increase in medical care for women in situations of sexual violence.

Keywords: Violence against women. Health Services. Sexual violence. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma representando as etapas realizadas no presente.....	30
Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção de artigos.....	32
Figura 3 – Números de artigos publicados por representantes de Universidades Brasileiras.	33
Figura 4 – Números de artigos publicados por representantes de Universidades Brasileiras públicas x privadas.....	34
Figura 5 – Números de artigos analisados e respectivas publicações por ano.....	34
Figura 6 – Tipos de estudos referentes aos artigos analisados para a síntese.....	41
Figura 7 – Obtenção dos dados dos artigos analisados para a síntese.....	41
Figura 8 – Efetividade das etapas que compõem a rede de assistência.....	53
Figura 9 – Exemplo de rede intersetorial dialogando com a saúde no território.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das cinco etapas que compõe um Scoping Review.....	27
Quadro 2 – Bases de dados e respectivas descrições para coleta de dados do projeto.....	29
Quadro 3 – Ficha para caracterização dos artigos da Revisão.....	31
Quadro 4 – Características dos estudos incluídos na Scoping Review.....	36
Quadro 5 – Dados metodológicos dos artigos incluídos na revisão.....	39
Quadro 6 – Objetivos dos artigos incluídos na revisão.....	42
Quadro 7 – Assistência em saúde às mulheres em situação de violência sexual na atenção primária em saúde.....	44
Quadro 8 – Principais resultados nos artigos analisados na Scoping Review.....	47
Quadro 9 – Principais sugestões nos artigos da Scoping Review.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Números de publicações sobre Violência Sexual Contra a Mulher conforme periódicos.....	35
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEDAW – Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DST – Doença sexualmente transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

IML – Instituto Médico Legal

MVVS – Mulheres vítimas de Violência sexual

OMS - Organização mundial da Saúde

PIB – Produto interno Bruto

PNPM – Plano Nacional de Política para as Mulheres

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde

SPM – Secretaria de política para as mulheres

SR – Scoping Review

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFG - Universidade Federal de Goiás

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNICAMP - Universidade de Campinas

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

UNIP - Universidade Paulista

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP - Universidade de São Paulo

VS – Violência Sexual

WHO – Organização mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 REFORMA SANITÁRIA – MARCO PARA A ORGANIZAÇÃO DO SUS E SERVIÇOS DE SAÚDE	19
3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	20
3.3 A VIOLÊNCIA SEXUAL, INTERVENÇÃO/INVISIBILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PERSPECTIVA DE GÊNERO	20
3.4 PRIMEIRAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SAÚDE: A ASSISTÊNCIA AOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	23
4 PERCURSO METODOLÓGICO	26
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	26
4.2 PERGUNTA DE BUSCA	28
4.3 COLETA DE DADOS	28
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	31
5 RESULTADOS	32
6 DISCUSSÃO	49
6.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	49
6.2 ARTICULAÇÃO DAS REDES INTRA E INTERSETORIAIS NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	51
6.3 SERVIÇOS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	63
ANEXO A – Guia para leitura de estudo qualitativos	69
ANEXO B - Portaria N° 485, de 1° de abril de 2014	74

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou uma ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade”.

A violência sexual é uma das manifestações da violência mais cruéis e persistentes. Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive. Por um lado, na dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL, 2012).

A violência sexual repercute na saúde física - desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático -, e na saúde mental da pessoa - quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravo resultante dessa violência. Por outro lado, o impacto da violência sobrecarrega o sistema de saúde tanto em termos de recursos econômicos e humanos, quanto em custos sociais, como em decorrência de produtividade perdida para a sociedade em geral. Segundo estimativas, o Brasil perde 11% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o Sistema Único de Saúde gasta anualmente entre 8% e 11% do Teto Bruto com as diversas formas de atenção à violência (BRASIL, 2012).

A violência sexual, cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indelévels para quem a sofre. Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas, independente de classe social, raça/etnia ou religião, tem proporções pandêmicas e características universais (BRASIL, 2012).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde em 2002, reconhece que, no mundo, menos de 10% dos casos de violência sexual são atendidos em serviços de saúde (WHO, 2003).

Todavia, há de se levar em conta a dificuldade de percepção da violência doméstica, pois esta guarda relação com a visão tradicional da família como santuário sagrado, célula-mãe e base do edifício social. Durante décadas, o que acontecia dentro do cenário “casa”, tido como espaço privado, era mantido em silêncio, favorecendo o mascaramento da violência doméstica e conseqüentemente a subenumeração de tais dados. “Invisíveis à sociedade”, os episódios de violência sexual tendem a ser repetitivos e a se tornar mais graves, caso não haja uma ação que os interrompa (Schraiber e col., 2002). Essa dificuldade de se mensurar tais situações, bem como sua magnitude, acaba por dificultar ações de prevenção e enfrentamento (MENEZES et al., 2014).

Nesse contexto, os serviços de saúde fazem parte da rota percorrida por grande parte das mulheres em situação de violência de gênero. Contudo, nesses serviços, segundo Guedes et al., muitas vezes, a atenção à saúde se restringe à lesão ou ao dano físico, consequência da violência, sem nenhuma, ou muito pouca, consideração sobre ela como categoria sociológica que faz interseção com a área da saúde. Isso porque a lesão se constitui um problema específico da área da saúde, sobretudo no enfoque hegemônico do modelo de assistência tradicional e exclusivamente biológico. No sentido de repensar essas práticas profissionais em saúde, a

investigação de programas, serviços, intervenções e tecnologias que analisem o potencial transformador dos instrumentos empregados nos processos de trabalho é um tema a ser levado em conta, por se constituir uma ferramenta de apoio à avaliação de implementação e consolidação das políticas públicas.

A estruturação e manutenção de serviços e redes assistenciais que deem atenção e o cuidado necessário às mulheres em situação de violência sexual, não têm sido uma tarefa simples, exigindo continuados esforços de articulação técnica e política. Desta forma, o número de serviços de saúde capacitados a realizar todos os procedimentos previstos nas políticas, incluindo a interrupção da gravidez, quando é o caso, é escasso para a dimensão do país; mesmo onde há serviços, muitas mulheres ainda encontram dificuldades para serem atendidas.

Apesar dos avanços nos últimos anos, decorrentes dos marcos legais e inovações políticas, milhões de mulheres brasileiras continuam sofrendo violência sexual. As políticas nessa área enfatizam a extrema importância do atendimento adequado, em especial, nos serviços de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (2006) recomenda o atendimento organizado em redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência a partir da atenção básica. Entretanto, os serviços de saúde carecem de profissionais especializados e equipe multiprofissional para o atendimento à saúde das mulheres em situação de violência sexual. Esta carência é intensificada pelo desconhecimento dos profissionais sobre violência de gênero ou ainda pela falta de capacitação ou orientação para prestar atendimento para essas mulheres durante a formação acadêmica (CAVALCANTI, *et.al*, 2012).

Por isso é imprescindível que, independentemente do espaço de atuação, os profissionais estejam aptos para identificar mulheres em vivência de violência e direcioná-las, contribuindo para o seu empoderamento e consequente ruptura do ciclo. (MENEZES *et al.*, 2014). Entretanto, apesar da importância da identificação, hoje se coloca uma nova necessidade: refletir sobre o encaminhamento dado aos casos detectados, e instrumentalização dos profissionais para identificação e enfrentamento do problema (BORSOI, BRANDÃO e CAVALCANTI, 2009).

Para enfrentar a violência sexual, e de gênero, não basta normatizar procedimentos. Imprescindível é falar sobre o tema, procurando afinar conhecimentos com marcos políticos nacionais e internacionais vigentes e com as estratégias e as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres adotadas pelo país. Em outras palavras, o processo de acolhimento e orientação profissional tem de ser livre de julgamentos ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas também por parte dos profissionais é essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária (BRASIL, 2012).

Diante da problemática apresentada, questiona-se: Como os serviços de saúde se organizam na assistência às mulheres em situação de violência sexual? Para Gonçalves, o trabalho é uma categoria potente para responder às novas necessidades sociais que demandam mudanças. No enfoque, a transformação deve ocorrer tanto no modo de conceber o trabalho, como na maneira de processá-lo. Assim, o trabalho é uma categoria que materializa os modelos assistenciais em saúde. Por essa razão, na análise desse estudo, procurou-se analisar na literatura, através de uma Scoping Review, como se dá a organização da assistência em saúde às mulheres em situação de VS, bem como identificar as facilidades e dificuldades que os serviços encontram para prestar assistência a essas mulheres. Espera-se que com essa pesquisa, incite-se a adequação e articulação entre o objeto, a finalidade e o instrumento de trabalho – os três elementos do processo de trabalho, segundo Marx (1996) – na perspectiva de um estudo com potencial para fomentar através da integração político-institucional e assistencial a emancipação da mulher da opressão de gênero.

Este estudo oferece contribuições ao dar mais visibilidade à violência sexual contra a mulher, além de propiciar a informação da assistência à saúde desenvolvida às mulheres em situação de violência sexual, no sentido de manter e ou readequar as práticas realizadas visando à integralidade do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar de que modo a literatura especializada tematiza e discute alternativas para organizar estratégias de assistência em saúde às mulheres em situação de violência sexual.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar facilidades e dificuldades que os serviços de saúde encontram na assistência às mulheres em situação de violência sexual.
- Mapear os dispositivos existentes na rede de assistência em saúde, frente às mulheres em situação de violência sexual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 REFORMA SANITÁRIA – MARCO PARA A ORGANIZAÇÃO DO SUS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao longo da história da saúde pública, percebemos que o homem ao se organizar socialmente procurou compreender e solucionar os problemas que enfrentava, entre eles os de saúde. Essa atitude de busca do homem, pela compreensão dos fenômenos que afetavam a saúde-doença, fez com que os cientistas procurassem elucidar as causas dos mesmos com êxito (CHAVES, 2000). Quando os homens passaram a viver em unidades sociais, buscaram soluções para os problemas enfrentados, sendo que essas “[...] foram em grande parte determinadas pela organização econômica e social do grupo e pelos meios científicos e técnicos disponíveis” (ROSEN, 1980, p.213).

Nesse contexto nasceu a Reforma Sanitária Brasileira, que foi proposta num momento de intensas mudanças e que sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuía, prevalecendo a lógica contra prestacional e da cidadania regulada (BAPTISTA, 2007).

Deste modo, a Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998).

O mesmo autor ainda afirma que o termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde.

Nesta Conferência a saúde foi definida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. A aprovação ocorreu em 1987, na Assembleia Nacional Constituinte e, na Constituição Federal de 1988 quando a saúde foi estabelecida como um direito de todos a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população, sendo assim criado, o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2006).

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mattos (2007), assegura que o Sistema Único de Saúde tem como importante princípio a universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Assim, todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde, sem privilégios ou barreiras, ou seja, todo o cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades, de forma resolutiva, nos limites e possibilidades do sistema, considerando-se, ainda, as necessidades coletivas.

Neste sentido, o art. 194, da Constituição Federal Brasileira, ao estabelecer as diretrizes do sistema de seguridade social brasileiro - que inclui o sistema público de saúde - afirma o princípio da universalidade de cobertura e do atendimento (inciso I) com o princípio da equidade, quer seja “na forma de participação [como na] de custeio” (inc V, art. 194, da Constituição Federal Brasileira). Considera, pois, que há iniquidades a serem enfrentadas no contexto brasileiro, e exige que a igualdade garantida não seja somente perante a lei, mas também, construída socialmente, e até mesmo por meio da lei, que deve tratar diferentemente os desiguais de forma a permitir a efetiva igualdade social. O princípio do SUS de equidade corresponde, portanto, a oferecer mais a quem mais precisa de forma a dar condições para que todos tenham a mesma possibilidade (BAPTISTA, 2007).

A descentralização, com direção única do sistema, é uma estratégia para minimizar as desigualdades regionais. Ela prevê não apenas a transferência, da esfera federal para as demais esferas, da responsabilidade de execução das ações, mas trata-se também de efetuar a descentralização de recursos financeiros e de poder. O SUS deve funcionar de forma regionalizada e hierarquizada. Os gestores devem levar em consideração as características de seu território para definir as ações prioritárias para cada realidade local. A descentralização pode ser vista também como facilitadora para o controle social da saúde e para a participação popular. A participação popular se dá, sobretudo, nos Conselhos - municipais, estaduais e nacional - de Saúde e nas respectivas Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos. As Conferências e Conselhos são constituídos por gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema, e outras entidades/pessoas representativas, de forma paritária, e tem, dentre outras, a função de formular as diretrizes da política de saúde e de acompanhar sua execução (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2007).

Os mesmos autores ainda afirmam que outro princípio estruturante do Sistema Único de Saúde, é o da integralidade. Este princípio é atualmente foco de debates, e têm sido atribuídos a ele alguns sentidos, como: o da atenção integral, ou seja, o acesso deve ser garantido desde as ações de promoção até as de recuperação da saúde, das ações coletivas às individuais; o que incorpora o conceito ampliado de saúde, envolvendo o sujeito e suas relações com o ambiente e a sociedade e na formulação de políticas compreendendo a atenção a grupos específicos.

3.3 A VIOLÊNCIA SEXUAL, INTERVENÇÃO/INVISIBILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PERSPECTIVA DE GÊNERO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A violência sexual, cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indeléveis para quem a sofre. Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas, independente de classe

social, raça-etnia ou religião, guarda proporções pandêmicas e características universais (BRASIL,2012).

Tal problemática é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive. Por um lado, na dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal (BRASIL,2012).

Segundo Drezett (2001), esse tipo de violência é um fenômeno universal que ocorre em qualquer fase da vida da mulher, em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaço público ou privado, remetendo à condição de complexo problema de saúde pública, embora, a verdadeira incidência seja desconhecida. Acredita-se que a baixa incidência ocorre devido à subnotificação e sub-registro por relutância da vítima em relatar o ocorrido, muitas vezes por medo do agressor, vergonha, descrença policial ou pelo desejo de esquecer o ocorrido.

Para acessar a complexidade desta violência, é preciso desvendar suas estruturas e seus mecanismos a partir da perspectiva de gênero. Nesse sentido, entenda-se gênero como uma construção histórica e sociocultural que atribui papéis rígidos de função e comportamento aos sexos - por exemplo, às mulheres: o feminino e, diretamente ligado a esse, a passividade, a fragilidade, a emoção, a submissão; aos homens: o masculino, a atividade, a força, a racionalidade, a dominação –, como se fossem atributos naturais ou biológicos. A dimensão de gênero torna-se ainda mais importante para entender que a violência sexual não se restringe unicamente às mulheres. É, antes, um impulso agressivo fundamentado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente (BRASIL,2012).

Estatisticamente as mulheres são as principais vítimas da violência sexual, contudo não se pode deixar de considerar que não raro homens, crianças, adultos ou adolescentes e, crianças, em especial, em ambiente intradomiciliar, sofrem essa violência. Por outro lado, certo é que se encontram mais expostas a esta violência de gênero, sujeitos do sexo feminino. As vulnerabilidades devem ser consideradas também nos casos de pessoas idosas, com deficiência mental ou física, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, mulheres e homens transexuais ou que vivenciam a transexualidade, travestis, transgêneros, bem como pessoas que exercem a prostituição, pessoas em situação de tráfico ou exploração sexual, em território de conflito, situação de cárcere ou internação, em situação de rua, opressão e dependência econômica em geral, entre outros (BRASIL,2006).

Entende-se que a violência sexual não somente é reveladora da desigualdade de gênero, mas também é emblemática desta. Por essa razão, já não se pode compreendê-la de forma individualizada e descontextualizada. Há uma estrutura comum, um arcabouço de status – que cria relações de poder assimétricas e hierarquicamente ordenadas - também conhecido como patriarcado. Este produz uma verticalização dos gêneros não apenas real, ao atuar como um paradigma da força bruta, mas simbolicamente, nas representações sociais. Ao fazê-lo, provoca uma banalização e uma subordinação em massa que colocou e ainda coloca muitas mulheres em situação de sujeição e subserviência. 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 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 (BRASIL,2012).

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Embora estatísticas ainda sejam escassas no que diz respeito à extensão da violência sexual, sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intradomiciliares - como o incesto e o estupro, em especial, e o sexo forçado perpetrado por parceiros íntimos (OMS, 2002; SCHRAIBER, 2007).

O relatório “O Estado das Cidades do Mundo 2004-2005”, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) refere que as mulheres latinas, particularmente as brasileiras e argentinas, são as mais expostas ao crime sexual no mundo e, que a América Latina registra os mais altos índices de crime sexuais: cerca de 70% dos casos de violência sexuais como o estupro e as tentativas de estupro e outras agressões sexuais (ONU, 2004).

A violência sexual repercute na saúde física - desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático -, e na saúde mental da pessoa – quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos (BRASIL, 2012).

Além dos agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual, quando a mulher sai em busca de ajuda - seja no âmbito da justiça ou da saúde - está sujeita aos atendimentos inadequados que muitas vezes a submetem a outra forma de violência como o preconceito, o julgamento e a intolerância. Tal fato justificaria a dificuldade de se estabelecer a prevalência deste tipo de violência na população, ao coagir as mulheres a não denunciarem os agressores e a violência sofrida, e a não procurarem assistência necessária. Menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento de autoridades (CAMPOS, 2004).

É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravamento resultante dessa violência. Por outro lado, o impacto da violência sobrecarrega o sistema de saúde tanto em termos de recursos econômicos e humanos, quanto em custos sociais, como em decorrência de produtividade perdida para a sociedade em geral. Segundo estimativas, o Brasil perde 11% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o Sistema Único de Saúde gasta anualmente entre 8% e 11% do Teto Bruto com as diversas formas de atenção à violência. (BRASIL,2012).

A luta histórica e constante dos movimentos de mulheres e segmentos diversos da sociedade civil, ao denunciar a arbitrariedade dos padrões de relacionamentos baseados em modelos masculinos, repercutiu na consolidação de instrumentos jurídicos e sociais de proteção à mulher em situação de violência. Em âmbito internacional, o Brasil é signatário da CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres), da Convenção de Belém do Pará, da Conferência de Beijing e de Cairo, dentre outras. Há, ainda, em âmbito nacional, marcos políticos de suma importância, como a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), a Lei de Notificação Compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidos em serviços de saúde públicas ou privadas (Lei nº 10.778/2003, art. 13 da Lei nº 8.069/1990, art. 19 da Lei nº 10.741/2003), a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), entre outros (BRASIL, 2012).

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das pessoas, principalmente para as pessoas em situação de violência, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que

por razão distinta da agressão. Esta ocasião é fundamental para a identificação da violência sexual e exige atenção máxima por parte dos profissionais de saúde.

É importante que os profissionais de serviços públicos de saúde, amparados nos princípios do SUS, e sob enfoque de gênero, visem garantir o atendimento a pessoas que sofreram violência sexual – independente de sexo, idade, orientação sexual ou identidade de gênero – a fim de que sejam adotadas práticas com vistas à redução dos agravos à saúde, decorrentes desta sorte de violência. Nesse sentido, a abordagem interdisciplinar, a integração de ações sobre violência de gênero em diferentes atuações nos diversos dispositivos de saúde, o fortalecimento das fontes informais de apoio entre outros, são fundamentais.

Para enfrentar a violência sexual, e de gênero, não basta normatizar procedimentos. Imprescindível é falar sobre o tema, procurando afinar conhecimentos com marcos políticos nacionais e internacionais vigentes e com as estratégias e as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres adotadas pelo país. Em outras palavras, o processo de acolhimento e orientação profissional tem de ser livre de julgamentos ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas também por parte dos profissionais é essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária (BRASIL,2012).

3.4 PRIMEIRAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA SAÚDE: A ASSISTÊNCIA AOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A primeira aproximação do campo da saúde com a violência contra a mulher no Brasil foi a implantação, entre 1989 e 1990, de um primitivo serviço de saúde que realizava o aborto nas situações previstas na Constituição brasileira desde os anos quarenta (estupro e risco de vida para a mãe). Assim, o problema agrupa-se à saúde e dá visibilidade nesse setor por sua delimitação de violência do tipo sexual e atentada por estranhos. De outro lado, a medida está mais voltada para a possibilidade do aborto do que para o enfrentamento da violência. Em seguida, muitos desses serviços foram criados pelo Brasil e, em 2002, havia 245 serviços de saúde capacitados a atender mulheres vítimas de violência sexual e 39 hospitais oferecendo a realização do aborto legal (MEDEIROS, GUARESCHI, 2009).

Amparando esses serviços, a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, publicada em 1999 e com outras reedições posteriores (2012), criou um protocolo de atenção à violência sexual para mulheres em idade reprodutiva, detalhando a profilaxia de DST, medicação antirretroviral, gravidez indesejada e o apoio psicossocial a ser proporcionado a estas mulheres.

Dos serviços existentes, nem todos conseguiram uma implantação eficaz. Alguns realizam quase nenhum ou nenhum aborto, outros não são conhecidos dentro do próprio hospital em que atuam e tampouco são reconhecidos pelos serviços componentes da rede que poderia encaminhar casos, seja na saúde ou intersetorial (SCHRAIBER,2002).

Além disto, o mesmo autor ainda afirma que a grande maioria dos serviços assistenciais está concentrada nas grandes capitais, são poucos para a demanda potencial e atendem, na maioria dos casos, a violência sexual prevista, isto é, a cometida, no caso das mulheres adultas, por estranhos, o “estupro”. No caso das violências crônicas, os agressores serão mais os conhecidos do que os estranhos, porque os casos são majoritariamente familiares.

Portanto, estes serviços, totalmente necessários, não assistem, ainda, toda a demanda gerada pela própria violência sexual, por um lado, e pouco podem fazer pela violência não sexual, como as físicas ou psicológicas, contra a mulher, por outro.

Os dados obtidos em estudos populacionais confirmam que a maioria das violências, mesmo a sexual, contra mulheres adultas é cometida por parceiros e estes episódios acabam praticamente ausentes e invisíveis para esses serviços. O apoio fornecido pela norma técnica, por sua vez, também não serve a essas violências, já que mulheres enredadas em violências repetitivas nas quais o agressor e a vítima moram juntos e/ou são familiares não geralmente não se beneficiam do protocolo prescrito (medicação profilática), pela cronicidade da situação e a recorrência do abuso.

A proposta tecnológica, pensada em função da garantia do aborto legal previsto em lei e dirigida a mulheres em idade reprodutiva, também se adéqua pouco ao cuidado da violência sexual cometida contra homens e crianças, já que as equipes geralmente não preveem profissionais e ações específicos, além de, no caso dos homens, existir dificuldade adicional em atendê-los, por não serem considerados como potenciais vítimas de agressão, dadas as concepções de gênero aderidas a maior parte da equipe profissional (SILVA, 2003).

Ainda que a violência contra as mulheres tenha como principais agressores os parceiros íntimos, o reconhecimento da violência psicológica, física e sexual cometida por parceiro íntimo em serviços de atenção primária à saúde ainda é muito pequena. Em estudo realizado na região metropolitana de São Paulo, em dezenove serviços de saúde de atenção primária, a violência física e/ou sexual por parceiro íntimo na vida foi de 45,3% e por outros que não o parceiro foi de 25,7%. Observou-se registro de episódios de violência, entretanto, em apenas 3,8% dos prontuários (SCHRAIBER, 2002).

Necessário lembrar, portanto, que os serviços de atenção primária assistem, em grande medida, casos de violência doméstica cometida contra mulheres. Ainda que não reconhecidos como tal, estes casos estão presentes no dia-a-dia dos serviços e geram a demanda frequente e com baixa resolatividade.

Ainda quando expressa a violência, ela não é reconhecida para o trabalho, já que não existem ações previstas para isto. Ou seja, para a violência doméstica, não há o equivalente à norma técnica para a violência sexual, que orienta as ações a serem realizadas. Portanto, ainda que a mulher diga que foi agredida física ou sexualmente, o profissional poderá até emitir sua opinião a respeito, mas o fará, como mostra estudo a respeito, como uma intervenção de caráter pessoal e não como procedimento técnico. Na maior parte dos casos assistidos nos serviços de saúde, grande parte dos profissionais trata o conjunto das demandas de uma mesma mulher, com pouco conhecimento de cada um sobre o trabalho dos outros e muito menos ainda sobre a situação de violência que pode estar envolvida em várias das queixas e sintomas relatados (DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. 2000).

Experimentar situações de violência, especialmente quando esta é de natureza doméstica e/ou sexual, tem se mostrado vivência de difícil revelação, quer no âmbito da pesquisa científica, quer no âmbito de práticas sociais de assistência, entre elas a Saúde. No plano dos serviços, igualmente se configura como um problema de difícil intervenção. Estudos trazem a violência contra a mulher em particular, como temas culturalmente investidos (Krug et al., 2002), tornando complexa sua abordagem que, então, requer contornos particulares: locais, regionais, nacionais. A violência de natureza doméstica, por sua vez, amplia essa característica, ao situar-se no âmbito da vida privada e das relações familiares.

Silêncios e invisibilidades são, pois, também questões de gênero, logo, são realidades que podem e devem ser abordadas no plano psicoemocional, sócio-cultural e ético-político, para

uma aproximação primeira de sua complexidade. São as repercussões na condição de ‘sujeito privado’, de ‘ser humano’ e de ‘indivíduo-cidadão’, que devem chamar nossa atenção para a violência doméstica e sexual; são as consequências para a mulher cujas emoções, soberania, dignidade e direitos estão corrompidos e negados, e que na Saúde ou em outros âmbitos da vida social, devem motivar os estudos e as políticas de assistência e prevenção (SCHRAIBER, 2003).

Schraiber (2003), ainda afirma não encontrar a forma de tornar visível ou não dispor de linguagem para revelar a violência sofrida, é uma das maiores dificuldades na relação interpessoal de caráter assistencial, tal qual a relação usuária-profissional de saúde, em termos comunicacionais. Parte-se aqui, nesse sentido, da hipótese de que a dualidade “mulheres não contam e profissionais não perguntam” deve ser equacionada também em termos comunicativos, complementando as questões tratadas pela literatura científica e tecnológico-assistencial que, via de regra, trabalha silêncios e invisibilidade como consequência de medos, vergonhas, preconceitos ou descréditos.

A literatura afirma que, as mulheres não revelam a violência sofrida ou porque sentem-se envergonhadas, em parte culpadas ou porque não se lhes dão crédito no que relatam e não recebem apoios institucionais para lidar com o problema, como revela um estudo sobre “os caminhos percorridos pelas mulheres que tentaram romper o silêncio” ou Rota Crítica. No campo da Saúde, os profissionais não perguntam porque não veem qual a intervenção a ser feita, não se sentem habilitados, acham que não têm tempo para atender como deveriam, por ser este um problema por demais complexo, ou sentem o assunto muito próximo e, acima de tudo, não admitem que este seja um problema da atenção à Saúde (SAGOT, 2000).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Optou-se por realizar uma Revisão Sistematizada do tipo Scoping Study ou Scoping Literature Reviews (Arksey, O'Malley, 2003).

A “Scoping Review” (SR) é um tipo de revisão, que até 2005 recebeu pouca ênfase, mas que tem sido cada vez mais utilizada, é aquela voltada ao mapeamento da literatura relevante em uma determinada área de interesse. Esta revisão, foi apresentada pelas pesquisadoras Hilary Arksey e Lisa O'Malley e compreende um conjunto de técnicas com a finalidade de sumarizar o conhecimento sobre um dado tema de investigação.

Revisões na área da saúde são essenciais para resumir o conhecimento e informar trabalhadores de saúde, gestores e pesquisadores para a prática baseada em evidências. Seu intuito é propiciar a melhor decisão clínica; favorecer o planejamento, a administração de serviços de saúde; a definir políticas e programas a serem implantados; e propiciar a definição de novas estratégias e linhas de pesquisa (EGGER, *et al*, 2001).

Pelo fato de possuir um conjunto de técnicas bem descritas, a “*scoping review*” pode ser considerado um tipo de revisão sistemática. Entretanto, algumas diferenças podem ser distinguidas entre uma revisão sistemática e uma “*scoping review*”. Em primeiro lugar, uma revisão sistemática, geralmente, está focada em uma questão bem definida, na qual desenhos de estudos adequados podem ser identificados com antecedência, ao passo que um “*scoping review*” tende a tratar de temas mais amplos, possibilitando a incorporação de estudos de desenhos diferentes.

Em segundo lugar, a revisão sistemática visa a fornecer respostas a perguntas de um âmbito relativamente estreito, referentes a estudos com qualidade avaliada, enquanto em um “*scoping review*” é menos provável a procura por questões de pesquisa muito específicas, e é mais rara a avaliação da qualidade dos estudos incluídos (ARKSEY e O'MALLEY, 2005).

Em nível geral, os “*scoping reviews*” são comumente definidos como o processo de mapeamento rápido dos conceitos-chave sustentando uma área de investigação e as principais fontes e tipos de conhecimentos disponíveis, e podem ser realizados como projeto autônomo em seu próprio direito, especialmente quando uma área é complexa ou não tiver sido totalmente abrangida antes.

A SR é especialmente indicada para temas ainda não estudados exaustivamente, pois propicia a congregação de conceitos fundamentais e evidências (Arksey, O'Malley, 2003). Também podem ser incluídos comentários formais ou informais de profissionais da área em reuniões, encontros ou editoriais (Rumrill, Fitzgerald, Merchant, 2010).

Geralmente, a SR é considerada um processo de investigação preliminar para identificar a gama e a natureza de concepções e evidências acerca de um tema e, desta forma, ajudar na formulação de perguntas de pesquisa para promover novas propostas de estudos. Ou seja, é uma abordagem metodologicamente viável para examinar a extensão da produção sobre um tópico particular (Rumrill, Fitzgerald, Merchant, 2010).

Existem vários tipos de estudos de SR com diferentes graus de cobertura e profundidade na exploração da produção sobre um tema. Esses tipos têm em comum os propósitos (Arksey, O'Malley, 2003):

- Examinar extensão, alcance e natureza da atividade de investigação. Este tipo de SR não proporciona detalhes dos resultados, mas é útil no mapeamento dos estudos nos quais é difícil visualizar o material disponível;
- Determinar a pertinência de se realizar uma revisão sistemática. A SR faz um mapeamento preliminar da literatura com vistas a identificar a viabilidade de uma revisão

sistemática de outro tipo sobre algum tema;

- Resumir e divulgar resultados da investigação. A SR pode se prestar a descrever com detalhes os resultados encontrados na busca sobre um tema específico, proporcionando a difusão dessas informações para os que formulam políticas, trabalham na área e consumidores interessados que não têm tempo hábil para realizar suas próprias revisões na busca da melhor decisão;

- Identificar lacunas do tema de pesquisa existentes na literatura. A SR possibilita, a partir da exploração da literatura disponível, avaliar o estado global da publicação sobre determinado assunto. Com isso, é possível identificar lacunas existentes nas evidências e pesquisas.

Em sua realização, a SR segue as etapas consolidadas no processo das Revisões Sistematizadas, ou seja, tem método rigoroso, transparente, com documentação detalhada e procedimentos suficientemente descritos para que o estudo possa ser compreendido e replicado por outros pesquisadores. O Quadro 1, descreve as cinco etapas da SR (Arksey, O'Malley, 003).

Quadro 1 - Descrição das cinco etapas que compõe um estudo de Scoping Review.

<p>ETAPA 1- Identificação da pergunta de pesquisa ou busca O ponto de partida é a identificação da pergunta que orientará a estratégia de busca a ser seguida. A pergunta da SR deve ser suficientemente abrangente para garantir amplitude de cobertura na revisão.</p>
<p>ETAPA 2- Identificação dos estudos relevantes Como se pretende na SR a amplitude da busca, os estudos primários, quantitativos ou qualitativos, publicados em periódicos ou na literatura cinza, podem ser localizados em diferentes fontes além das bases de dados.</p>
<p>ETAPA 3- Seleção dos estudos A seleção de estudos, quantitativos e qualitativos, segue critérios de inclusão e exclusão definidos com base na pergunta de pesquisa, nos objetivos da busca, na natureza e no propósito da SR.</p>
<p>ETAPA 4- Tabulação dos achados Os achados qualitativos são interpretados e sintetizados para mapear elementos essenciais. Os achados quantitativos podem ser agrupados por meio de gráficos e outros recursos estatísticos.</p>
<p>ETAPA 5- Conferência, resumo e relato dos resultados Apresenta-se uma visão geral dos resultados, pois a SR não considera o peso das provas na avaliação da qualidade das evidências. Por isso, pode não chegar à síntese de categorias.</p>

Fonte: ARKSEY; O'MALLEY, 2005, p. 19-32.

4.2 PERGUNTA DE BUSCA

Assim como acontece com as revisões sistemáticas, o ponto de partida é identificar a questão da pesquisa a ser respondida como caminho guia para que as estratégias de pesquisa sejam construídas. A pergunta norteadora da busca deve considerar a população alvo, as intervenções e o contexto. Esses componentes são fundamentais para a construção da pergunta e da estrutura lógica da busca bibliográfica (ARКСY, O'MALLEY, 2003).

A questão norteadora desta pesquisa é: De que modo a literatura especializada tematiza e discute alternativas para organizar estratégias de assistência em saúde às mulheres em situação de violência sexual?

4.3 COLETA DE DADOS

A fim de garantir a abrangência própria da SR, a coleta de dados seguiu duas estratégias de busca distintas.

Os descritores, definidos com base na linguagem das diferentes bases de dados, foram:

- 1 “*Violence against women*” : “Violência contra a mulher”
- 2 “*Health Services*” : “Serviços de Saúde”
- 3 “*Sexual Violence*” : “Violência sexual”
- 4 “*Primary Health Care*”: “Atenção Primária à Saúde”;

Os dois primeiros foram associados, um a cada vez, ao terceiro e quarto descritores, em duas estratégias de busca. Em ambas utilizou-se o conector AND:

- Primeira busca: *Health Services AND Violence against women*;
- *Sexual Violence AND Primary Health Care*;
- Segunda busca: *Violence against women AND Primary Health Care* ;
- *Health Services AND Sexual Violence*.

As bases de dados pesquisadas foram CINAHL, LILACS, SCIELO e PubMed, descritas no Quadro 2. Definiu-se o período de coleta de 20/03/2019 a 22/03/2019, e foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol. Ainda que a revisão fosse do tipo SR, somente artigos foram incluídos, pois as teses e dissertações localizadas já estavam publicadas em artigos. A busca às bases foi complementada com artigos do acervo pessoal e com referências cruzadas (referência da referência).

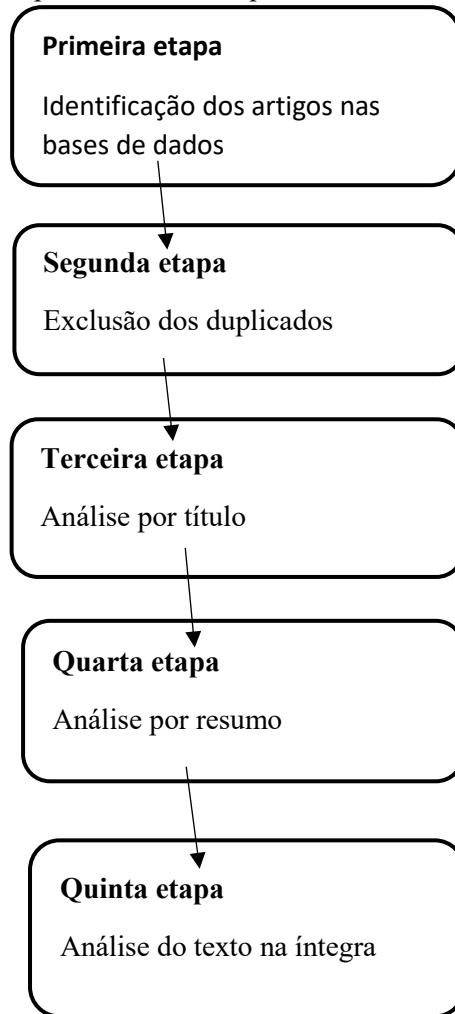
Quadro 2 - Bases de dados e respectivas descrições para coleta de dados do projeto.

Base de dados	Descrição
CINAHL	É avaliada pelo EBSCOhost, contém registros datados desde 1940. Oferece cobertura de periódicos, livros, monografias, dissertações, teses e Unidade de Educação Continuada na Enfermagem e ciências afins.
PubMed	Compreende citações de literatura biomédica e áreas afins do MEDLINE, desde 1948. Portal de serviços desenvolvido pela National Library of Medicine e National Center Biotechnology Information. Utiliza-se termo MeSH para a busca.
SCIELO	Biblioteca Eletrônica Científica Online (do inglês: Scientific Electronic Library Online - SciELO) é uma biblioteca digital de livre acesso e modelo cooperativo de publicação digital de periódicos científicos brasileiros, resultado de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo - FAPESP, em parceria com a Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - Bireme. A partir de 2002 conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.
LILACS	Base internacional disponível a partir de 1982. Registra a literatura técnico- científica e governamental em saúde produzida na América Latina e Caribe. Publicada pelo sistema cooperativo de bibliotecas coordenado pela Biblioteca Regional de Medicina (Bireme).

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Foram identificados 126 artigos na busca das bases de dados e 12 artigos identificados por outras formas de busca. Artigos, das quais 55 eram duplicatas. A etapa de triagem por meio da leitura de títulos e resumo foi realizada com 54 artigos, dos quais 34 foram selecionados para a leitura na íntegra. Destes, 27 artigos, provenientes de 25 estudos, atenderam aos critérios de elegibilidade para a realização desta scoping review. As etapas das buscas para a revisão estão esquematizadas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma representando as etapas realizadas no presente.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Para sistematização dos dados, foi elaborada uma ficha (quadro 3) com os itens: periódico (título, volume, número e ano); título do artigo; autoria; descritores; local de realização do estudo (instituição, país, estado e cidade); objetivos (artigo e pesquisa); método (tipo de pesquisa, amostra, participantes, cenário e análise dos dados); resultados; e principais sugestões apontadas pelos autores de cada artigo.

Quadro 3 - Ficha para caracterização dos artigos da Revisão.

PERIÓDICO:		VOL/Nº/ANO:
TÍTULO DO ARTIGO:		
AUTORIA:		
DESCRITORES:		
LOCAL/ INSTITUIÇÃO DO ESTUDO:	PAÍS, ESTADO, CIDADE DO ESTUDO:	
OBJETIVOS:		
MÉTODO	TIPO DE PESQUISA:	
	SUJEITOS (quem, nº):	
	ANÁLISE DOS DADOS:	
RESULTADOS:		
PRINCIPAIS SUGESTÕES DE CADA ARTIGO		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A última etapa desse estudo envolveu o confronto, resumo e relato dos resultados. Com essa “*scoping review*” procurou-se apresentar uma visão geral de todos os materiais analisados e, também, discutir de modo mais crítico acerca de um número potencialmente grande de materiais. Embora um a SR necessite da construção de um quadro analítico ou temático, a fim de apresentar uma narrativa importante da literatura existente, não há nenhuma tentativa de apresentar uma visão sobre o “peso” das evidências em relação a intervenções específicas ou políticas. Isso ocorre porque esse tipo de pesquisa não pretende avaliar a qualidade dos achados e, desse modo, não há necessidade de determinar estudos específicos a fim de apresentar resultados robustos ou generalizáveis (ARKSEY e O’MALLEY, 2005).

Ainda que a SR permita avaliação menos rigorosa da qualidade dos artigos, visou-se o guia prático desenvolvido por Barroso e Sandelowski (2003) (Anexo 1) para esta análise. Os artigos com inconsistências na redação, desenho e apresentação dos resultados foram excluídos.

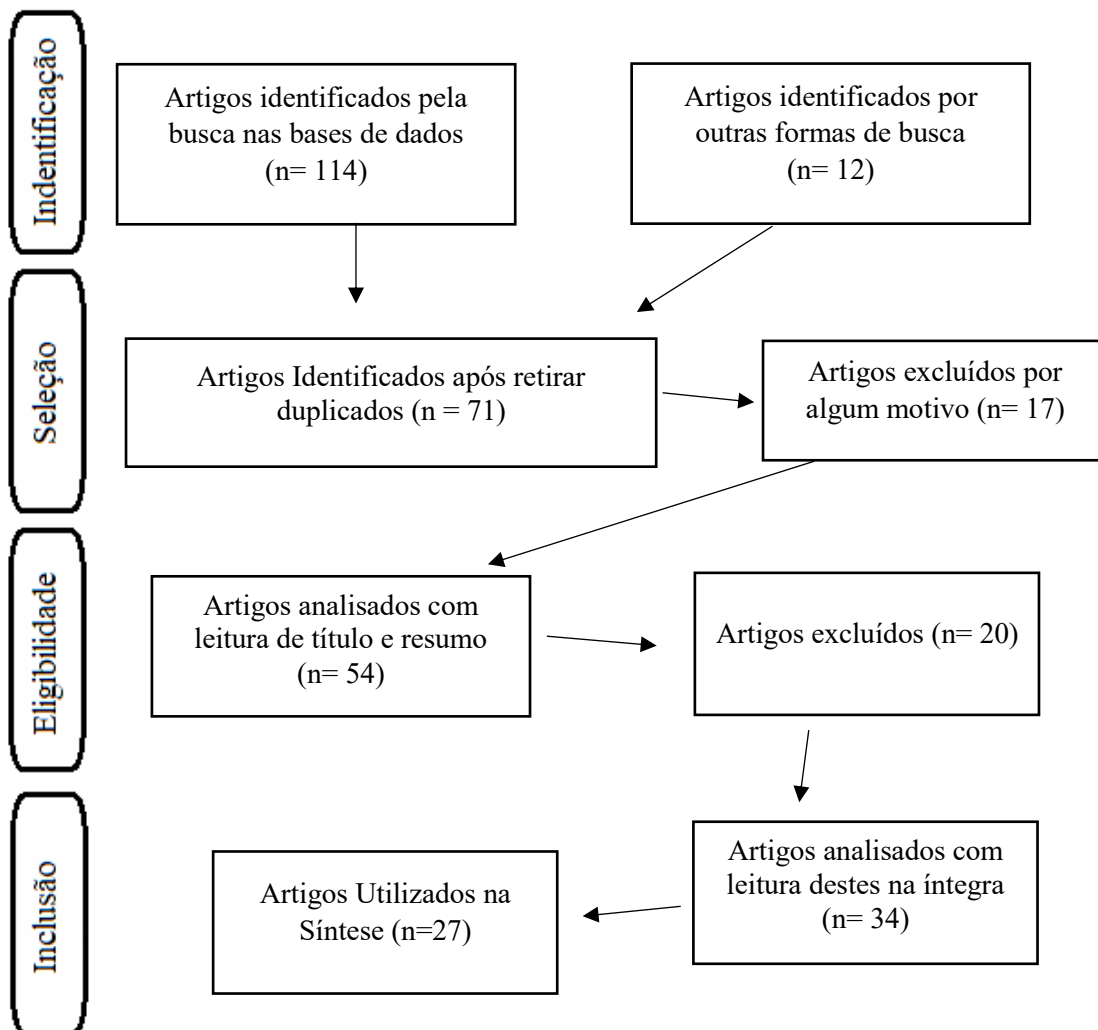
4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa não precisou da submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), por ser uma pesquisa de Revisão Sistematizada.

5 RESULTADOS

Foram identificados 126 artigos na busca das bases de dados e 12 artigos identificados por outras formas de busca. Artigos, das quais 55 eram duplicatas. A etapa de triagem por meio da leitura de títulos e resumo foi realizada com 54 artigos, dos quais 34 foram selecionados para a leitura na íntegra. Destes, 27 artigos, provenientes de 25 estudos, atenderam aos critérios de elegibilidade para a realização desta scoping review. O Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) encontra-se na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção de artigos.



Fonte: MOHER, D. et al. 1997.

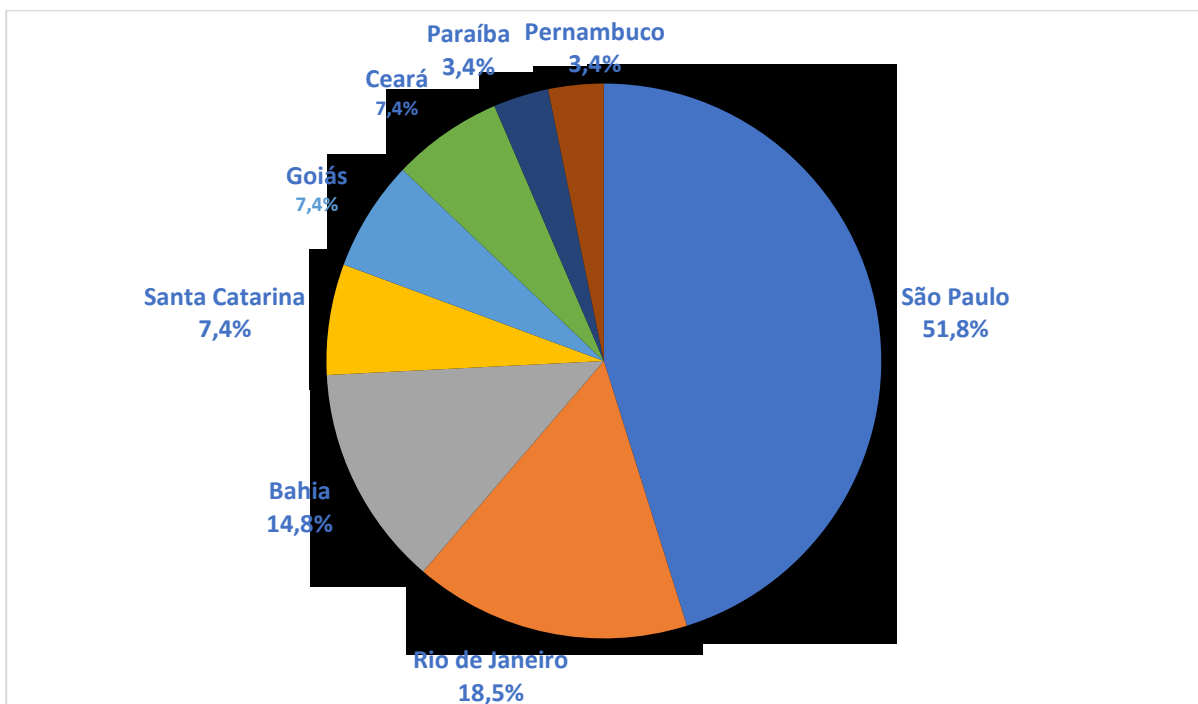
Dos 27 estudos incluídos na revisão, 14 (51,8%) foram realizados por representantes de Universidades do Estado de São Paulo, a Universidade mais representativa dentre os artigos analisados para este estudo foi a Universidade de São Paulo (USP); Universidades do Rio de Janeiro foram representadas 5 vezes (18,5%), quatro (14,8%) de representantes de Universidades Baianas; Santa Catarina, Goiás e Ceará, tiveram suas universidades concebidas nas pesquisas 2 vezes (7,4% cada). Pernambuco e Paraíba uma representação de 2 delas (3,4%

cada), conforme apresentação abaixo (figura 3). Quatro pesquisas foram publicadas conjuntamente com representantes de Universidades de diferentes estados (Tabela 1).

Das Universidades com representação de seus pesquisadores nos artigos selecionados para a síntese obtivemos 3 representantes de universidades privadas (8,84%) e 31 de públicas (91,16%), (figura 4).

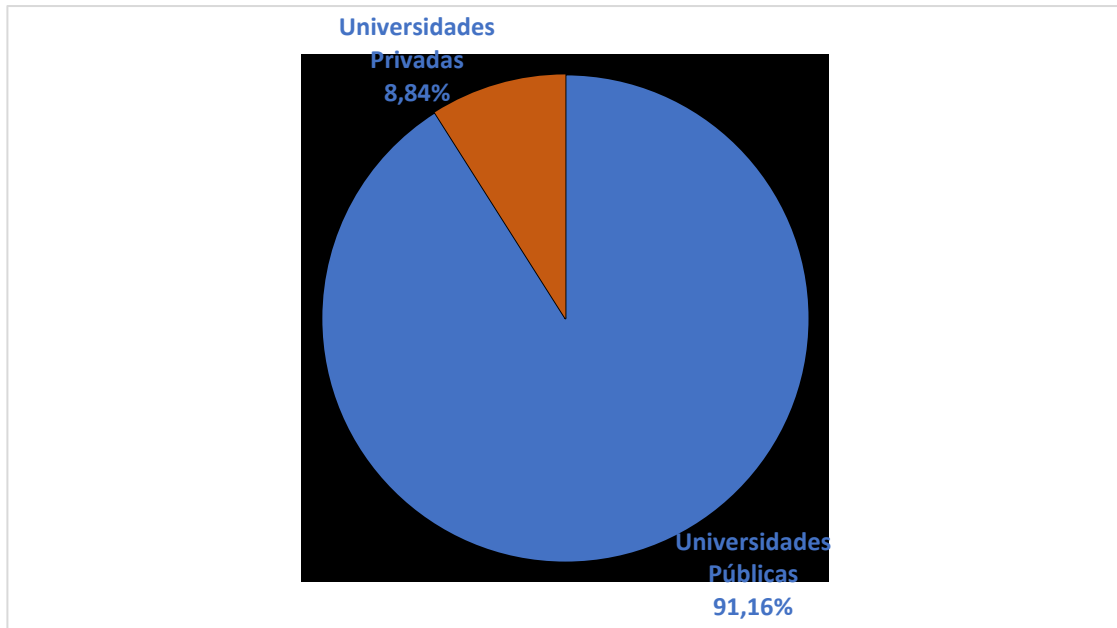
De maneira geral, pode-se afirmar que o Sudeste brasileiro foi a região que mais publicou estudos a respeito da temática sobre violência sexual. Talvez isso se justifique porque, segundo informações publicadas no Plano Nacional de Pós-Graduação 2011-2020 da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), mais da metade dos cursos de doutorado, mestrado profissionalizante e mestrado estão localizados nessa região (BRASIL, 2010).

Figura 3 - Número de artigos publicados por representantes de Universidades Brasileiras.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

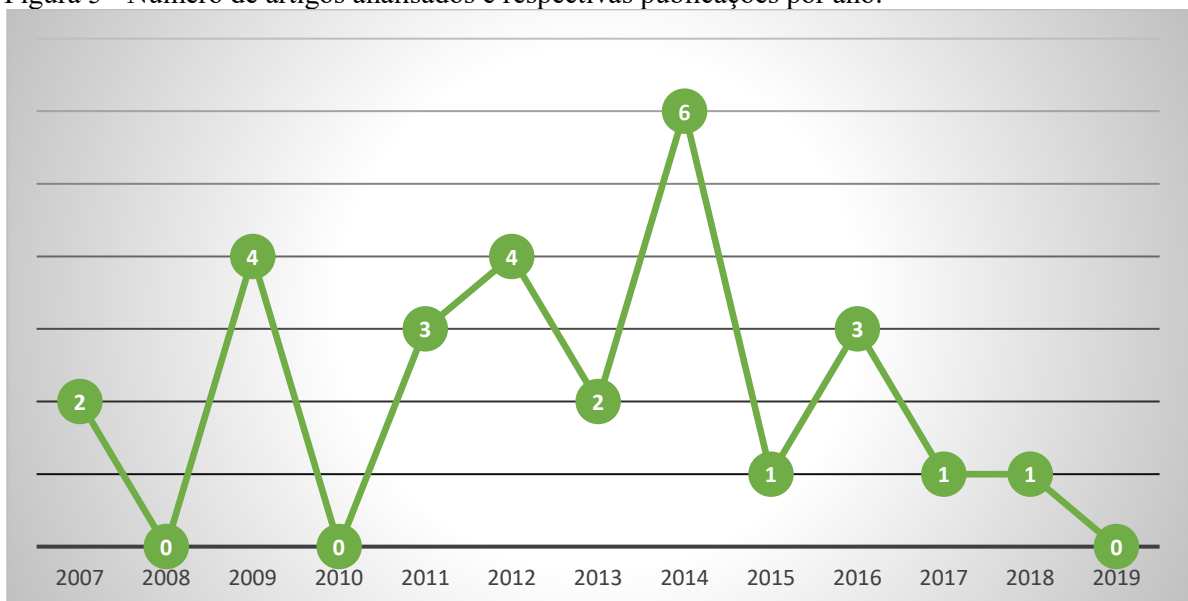
Figura 4 - Número de artigos publicados por representantes de Universidades Brasileiras públicas x privadas.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com relação ao ano de publicação, foi delimitado o período de 2007 a 2009 para busca das publicações, os anos em que mais apareceram publicações foi 2014 (6/27), 2009 (4/27), 2012 (4/27), nos anos de 2007 e 2008 não tivemos artigos sobre Violência Sexual Contra a Mulher publicados. Apesar da busca ter sido realizada em maio de 2019 e, dessa forma, ter incluído o primeiro semestre deste ano, nenhuma publicação foi identificada nesse período, conforme mostra a figura 5.

Figura 5 - Número de artigos analisados e respectivas publicações por ano.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com relação aos periódicos que publicaram pesquisas sobre gestão do trabalho em saúde, a Tabela 2 mostra que os periódicos *Cadernos de Saúde Pública e Interface Comunicação, Saúde, Educação* apresentaram o maior número de publicações (6/27), três dos artigos acerca da temática aqui apresentada, em cada um deles, 22,22% do total.

O periódico *Cadernos de Saúde Pública*, representado por 11,11% dos artigos dessa pesquisa, é uma publicação vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), iniciou suas publicações em 1985 e, desde 2006, apresenta periodicidade mensal e tem como principal linha editorial os estudos da saúde pública em geral e disciplinas afins.

A Revista *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, também com representatividade de (3/27) 11,11 % dos artigos analisados, é uma revista científica interdisciplinar brasileira da área de saúde, publicada pela Fundação UNI e UNESP (este último contando com a participação do Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Departamento de Educação, Instituto de Biociências de Botucatu). Sua primeira edição data de agosto de 1997. Sua periodicidade é trimestral.

As demais publicações estavam distribuídas em 16 periódicos nacionais diferentes.

Tabela 1 - Número de publicações sobre Violência Sexual Contra a Mulher conforme periódicos.

Periódico	N	%
<i>Cad. Saúde Pública</i>	3	11,11 %
<i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i>	3	11,11 %
<i>Rev Esc Enferm</i>	2	7,4 %
<i>Saúde Sociedade</i>	2	7,4 %
<i>Femina</i>	2	7,4 %
<i>Rev Bras Promoç Saúde</i>	2	7,4 %
<i>SAÚDE DEBATE</i>	2	7,4 %
<i>Rev Latino-am Enfermagem</i>	2	7,4 %
<i>Rev Inst Ciênc Saúd</i>	1	3,4 %
<i>O Social em Questão</i>	1	3,4 %
<i>Cad. Saúde Pública</i>	1	3,4 %
<i>Rev enferm</i>	1	3,4 %
<i>Revista Baiana de Enfermagem</i>	1	3,4 %
<i>Esc Anna Nery</i>	1	3,4 %
<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	1	3,4 %
<i>Estudos Interdisciplinares em Psicologia</i>	1	3,4 %
<i>Athenea Digital</i>	1	3,4 %
Total	27	100%

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quadro 4 – Características dos estudos incluídos na Scoping Review.

Artigo	Título	Autores	Publicação	Instituição de vínculos dos autores	Ano da publicação
1	Assistência à Mulher Frente à Violência Sexual e Políticas Públicas de Saúde: Revisão integrativa	J. F. Bezerra; S. R. G. Lara; J. L. Nascimento; M. Barbieri	<i>Rev Bras Promoç Saúde</i>	UNICAMP/ UNIFESP	2017
2	Mulheres Vitimadas Sexualmente – Perfil Sociodemográfico e Análise	C. R. A. Ramos; V. P. G. Medicci; M. I. R. Puccia	<i>Rev Inst Ciênc Saúd</i>	UNIP	2009
3	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	L. R. Almeida; A. T. M. C. Silva; L. S. Machado	<i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i>	UFPB	2014
4	Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro	L. F. Cavalcanti; R. M. D. Flach; R. S. Farias	<i>O Social em Questão</i>	UFRJ	2012
5	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais.	M. J. D. Osis; G. A. Duarte; A. Faúndes	<i>Rev Saúde Pública</i>	FAPESP	2012
6	Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual	C. C. Oliveira; R. M. G. S. Fonseca	<i>Rev Esc Enferm USP</i>	USP	2011
7	Violência vivida: a dor que não tem nome	L. Schraiber; A. F. Oliveira; H. Hanada; et. al.	<i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i>	USP	2013
8	Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual	W. V. Villela; T. Lago	<i>Cad. Saúde Pública</i>	USP	2007
9	Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados	M. Hasse; E. M. Vieira	<i>SAÚDE DEBATE</i>	USP	2014

10	Violência doméstica contra a mulher na visão do Agente Comunitário de Saúde	R. M. G.S.Fonseca; A. E..R. B. Leal; T. Skubs; Et al.	<i>Rev Latino-am Enfermagem</i>	USP	2009
11	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	T. S. Borsoi; E.R. Brandão; M.L. T.Cavalcanti	<i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i>	UFRJ	2009
12	Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: Revisão integrativa	P. S. Oliveira; V. P. Rodrigues; R. L. G. L. Moraes; J. C. Machado	<i>Rev enferm UFPE online</i>	UFPE	2016
13	Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência	J. Santos; R. L. Andrade; L. A. Reis; S. F. P. Duarte	<i>Revista Baiana de Enfermagem</i>	FAINOR/ UESB	2014
14	Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal	N. P. Gomes; A. L; Erdmann; L. A. Bettinelli; <i>Et al.</i>	<i>Esc Anna Nery</i>	UFSC/UFBA/UFB	2013
15	Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral	P.M.M. Menezes; I.S.Lima; C.M.Correia; <i>et.al.</i>	<i>Saúde Soc.</i>	UFSC/UFBA	2014
16	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde	A. F. P. L. d'Oliveira; L. B. Schraiber; H. Hanada; J.Durand	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	USP	2009
17	Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos	T.M.C. Souza; F.F.Rezende	<i>Estudos Interdisciplinares em Psicologia</i>	UFG	2018
18	Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial	L. B. Schraiber; A. F. P. L. d'Oliveira; H Hanada; L Kiss	<i>Athenea Digital</i>	USP	2012
19	A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica	C.M. Pedrosa; M.J.P. Spink	<i>Saúde Soc.</i>	USP	2011

20	Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo	R Mattar; A. R. Abrahão; J. A. Neto; <i>et al</i>	<i>Cad. Saúde Pública</i>	USP	2007
21	Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família	N. M. Franzoi; R. M. G. S. Fonseca; R. N. Guedes	<i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i>	USP	2011
22	Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho da Estratégia Saúde da Família	C.J.M. Andrade; R.M.G.S. Fonseca	<i>Rev Esc Enferm</i>	USP	2014
23	Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil	L. F. Cavalcanti; R. Gomes; M. C. S. Minayo	<i>Cad. Saúde Pública</i>	UFRJ	2016
24	Violência sexual contra a mulher: Histórico e conduta	M. L. Porto; W. N. Amaral	<i>FEMINA</i>	UFG	2014
25	Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde	J. F. Bezerra; R. M. Silva; L. F. Cavalcanti; <i>Et. al.</i>	<i>Rev Bras Promoç Saúde</i>	UFC	2016
26	Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras	L. F. Cavalcanti; G.A. R. Moreira; L.J. E.S. Vieira; R. M. Silva	<i>SAÚDE DEBATE</i>	UFRJ/Unifor	2015
27	Perfil do atendimento à violência sexual no Brasi	A. Faúndes; M. J. D. Osis; K. S. Pádua	<i>FEMINA</i>	UNICAMP	2012

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O Quadro 5 apresenta itens metodológicos dos artigos: fonte de dados, população, participantes e tipo de pesquisa. Nos participantes, o quadro apresenta o número de profissionais da APS bem como trabalhadores de hospitais ou outras instituições atreladas a atenção primária à saúde e gestores municipais, já que os resultados relativos a estes sujeitos constituem o que foi incluído na SR. Os estudos em que foi possível localizar o número de sujeitos tinham relação com a APS totalizaram: 900 gestores municipais, 142 participantes médicos, 137 enfermeiros, 118 agentes comunitários de saúde, 37 assistentes sociais, 29 psicólogos, 19 técnicos de enfermagem, 14 coordenadores de unidades de saúde, 2 dentistas, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 pedagogo. Prevaleram os estudos qualitativos (19/27) equivalente a 70,3%, seis dos 27 artigos analisados para a síntese seguiam métodos da pesquisa quantitativa (22,2%) e 7,4% dos artigos (2/27) tinham abordagem quantitativa e qualitativa no mesmo estudo. Em 48,1% dos estudos a obtenção dos dados foi feita a partir de entrevistas, 29,6% por meio de revisão de literatura e 7,4% por meio de oficinas de trabalho, conforme representado nas figuras 6, 7 e 8.

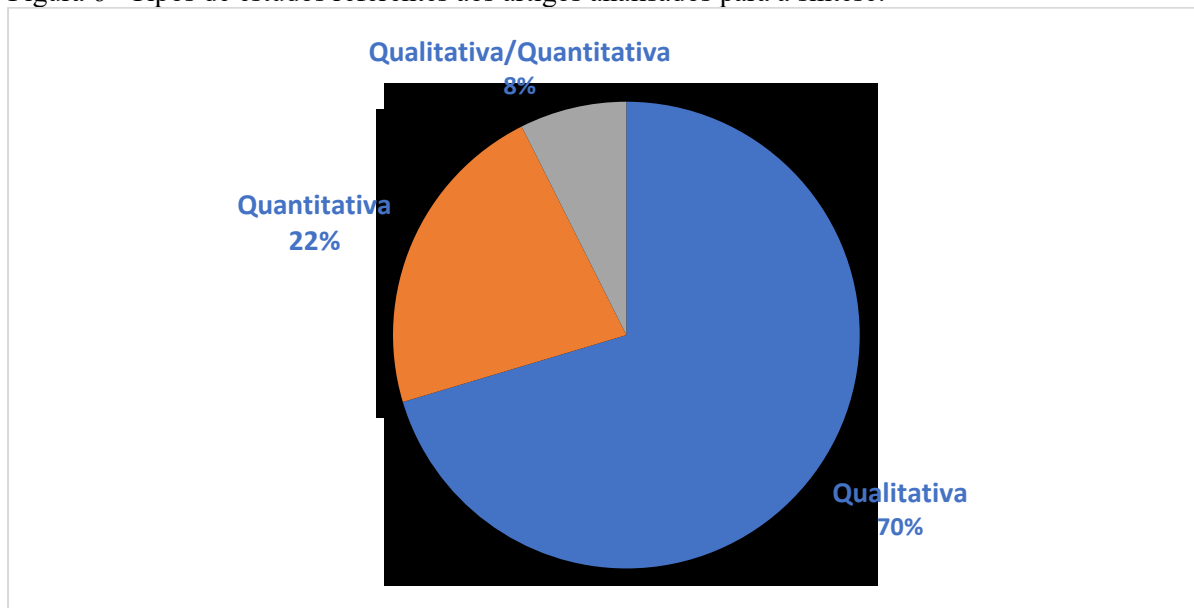
Quadro 5 – Dados metodológicos dos artigos incluídos na revisão.

Artigo	Fonte de Dados	Nº sujeitos	Tipo de Pesquisa
1	Revisão Integrativa – base de dados.	21 artigos analisados sobre assistência à M.V.V.S.	Qualitativa
2	Pesquisa de campo retrospectiva, descritiva e exploratória.	Prontuários ambulatorial de M.V.VS no período de 2005-2006	Quantitativa
3	Entrevista, roteiro semiestruturado.	1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 7 agentes comunitários de saúde (ACS).	Qualitativa
4	Pesquisa avaliativa – Entrevista roteiro semiestruturado.	26 médicos, 19 enfermeiros, 16 assistentes sociais, 12 psicólogos.	Qualitativo/ quantitativo
5	Estudo descritivo transversal – Questionário estruturado.	14 coordenadores municipais de saúde da mulher, 375 profissionais de UBS, 75 gestores municipais, 2379 usuários de UBS.	Quantitativa
6	Grupo de trabalho com 1 equipe de ESF.	4 ACS, 3 médicos, 2 enfermeiros, 1 auxiliar de enfermagem.	Qualitativa
7	Entrevistas estruturadas.	322 mulheres (22-49 anos) – usuárias de um serviço de APS.	Quantitativa
8	Pesquisa em referencial bibliográfico e depoimentos de atores sociais que participaram da construção de políticas de Saúde para MVVS.	Não descreve.	Qualitativo
9	Questionário e Entrevista semiestruturada.	221 questionários – 77 médicos e 51 enfermeiros de UBS. Para as entrevistas não descreve os profissionais participantes.	Qualitativo/ quantitativo
10	Questionário temático	17 ACS	Qualitativo
11	Entrevista semiestruturada.	2 assistentes sociais, 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 psicólogos de unidades de APS.	Qualitativo

12	Revisão Integrativa.	16 estudos analisados	Qualitativa
13	formulário estruturado.	20 enfermeiros coordenadores de UBS.	Quantitativa
14	Entrevista aberta.	17 técnicos de enfermagem, 13 enfermeiros, 12 médicos.	Qualitativa
15	Entrevista e formulário semiestruturado.	15 profissionais que atuam em serviços que integram a rede de assistência a M.V.V.S.	Qualitativa
16	Pesquisa em referencial bibliográfico.	Não possui.	Qualitativa
17	Entrevista semiestruturada.	3 enfermeiros, 3 médicos, 3 psicólogos de UBS ou unidade hospitalar.	Qualitativa
18	Análise documental.	estudos analisados sobre políticas públicas em 3 capitais brasileiras.	Qualitativa
19	Entrevista semiestruturada.	4 médicos	Qualitativa
20	Traço sociodemográfico.	Não descreve – Traço sociodemográfico de mulheres atendidas na casa de assistência às MVVS na USP.	Quantitativa
21	Oficinas de trabalho.	90 ACS, 5 enfermeiros de ESF.	Qualitativa
22	Revisão Integrativa.	Não descreve quantidade de literaturas analisadas	Qualitativa
23	Entrevista semiestruturada.	45 profissionais (médicos, assistente social, enfermeiro, dentista, psicólogo) de maternidade públicas, não descreve quantitativo detalhado.	Qualitativa
24	Revisão sistemática.	15 documentos entre, normas técnicas ministeriais e demais literaturas pertinentes.	Qualitativa
25	Entrevista semiestruturada.	68 profissionais de hospitais públicos. 19 enfermeiros, 19 assistentes sociais, 17 médicos, 12 psicólogos, 1 pedagoga.	Qualitativa
26	Entrevista semiestruturada.	37 gestores municipais.	Qualitativa
27	Entrevistas por telefone, com questionário estruturado.	788 gestores municipais.	Quantitativa

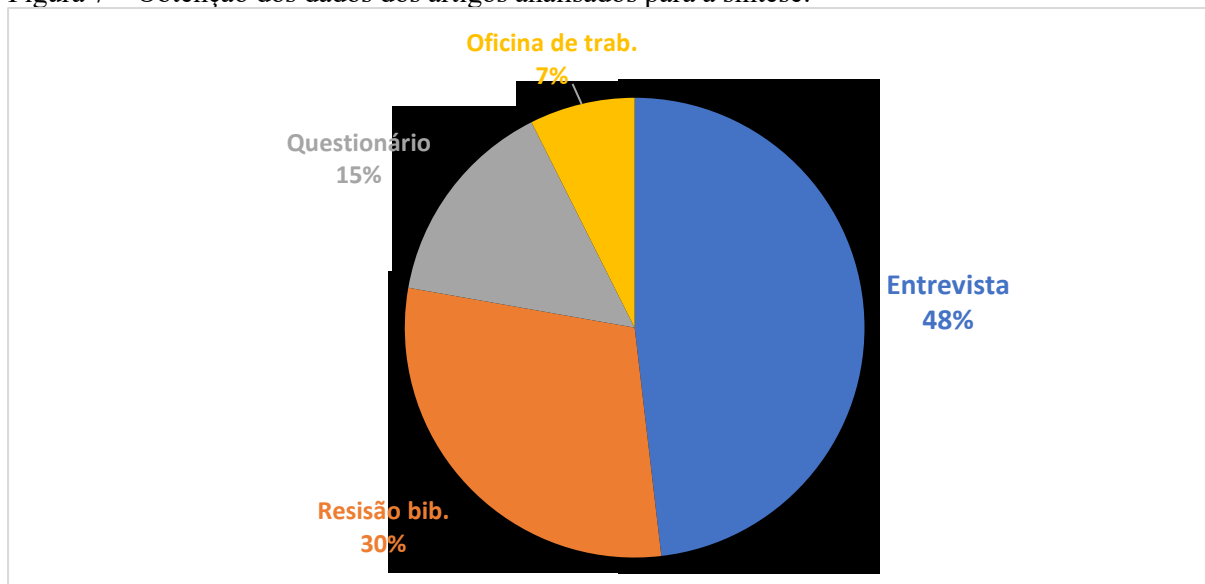
Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 6 – Tipos de estudos referentes aos artigos analisados para a síntese.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 7 – Obtenção dos dados dos artigos analisados para a síntese.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os objetivos dos artigos utilizados para a síntese dessa SR estão descritos no quadro 6. Dos 27 artigos analisados na revisão para esse estudo, 23 deles abordam claramente as práticas assistências de serviços de saúde direcionadas a mulheres que sofrem violência de gênero ou violência sexual (que é um tipo de violência causado pela opressão de gênero. Outros 3 artigos (19, 21,25), abordam os sentidos, conceitos ou representações sociais presentes nos discursos de profissionais de saúde acerca da violência sexual/gênero contra a mulher. E um deles (artigo 7) caracteriza conceito e o silêncio acerca da violência sexual/gênero de mulheres usuárias de serviços de atenção básica.

Quadro 6 - Objetivos dos artigos incluídos na revisão.

Artigo	Objetivos dos artigos
1	Analisar evidências sobre a produção científica a respeito da assistência à mulher em situação de violência sexual (VS), com foco na sua percepção, bem como na dos profissionais de saúde, e na relação com as políticas públicas de saúde no Brasil.
2	Caracterizar o perfil sociodemográfico e da assistência ofertada a mulheres vítimas de violência atendidas em um centro de referência na Grande São Paulo.
3	Analisar as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em situação de violência, identificando os elementos do processo de trabalho e sua relação com a emancipação da opressão de gênero.
4	Apresentar os resultados da pesquisa avaliativa sobre os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual no Estado do Rio de Janeiro.
5	Estimar a prevalência de violência em mulheres usuárias da atenção primária em saúde, se essas situações eram detectadas e como eram tratadas pelos profissionais desses serviços.
6	Analisar as práticas de profissionais de ESF voltadas para mulheres em situação de violência sexual.
7	Caracterizar este silêncio, estudando usuárias de atenção primária na rede pública de São Paulo, quanto a prevalência de violência, a percepção de ter sofrido violência, a definição de violência em geral e a nomeação dada por quem a experimentou.
8	Analisar o atendimento à saúde de mulheres que sofreram violência sexual, tendo como foco a parceria entre governo e movimento organizado de mulheres.
9	Analisar o conhecimento de profissionais sobre violência contra a mulher, e condutas e encaminhamentos realizados por eles, a partir da análise triangulada dos dados de 221 questionários e 23 entrevistas, aplicados a médicos e enfermeiros.
10	Compreender a visão do agente comunitário de saúde acerca da violência contra a mulher e as práticas cuidativas correspondentes, desenvolvidas no nível da atenção básica de saúde.
11	Conhecer e discutir ações voltadas para o enfrentamento da violência doméstica no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
12	Analisar as publicações científicas entre 2003 a 2013 sobre a assistência à saúde às mulheres em situação de violência sexual.
13	Descrever a assistência à mulher vítima da violência em unidades de saúde em Vitória da Conquista (BA).
14	Compreender os significados atribuídos por profissionais que atuam na estratégia de saúde da família sobre a capacitação profissional para o cuidado à mulher em situação de violência.
15	Identificar elementos que interferem no processo de enfrentamento da violência contra a mulher.

16	Apresentar possibilidades de atuação do campo da saúde na abordagem da violência contra a mulher desde suas práticas assistenciais nos serviços e baseadas na perspectiva de gênero.
17	Investigar as concepções e práticas de profissionais de saúde acerca do fenômeno da violência contra mulher.
18	Refletir concepções e práticas de profissionais de serviços públicos acerca da atenção ofertada para mulheres em situação de violência.
19	Discutir os sentidos da violência contra mulheres presentes nos discursos dos profissionais médicos.
20	Discutir a importância da assistência multiprofissional às vítimas da violência sexual para redução dos agravos físicos, psíquicos e sociais que podem advir desta violência.
21	Conhecer e analisar, à luz de gênero, as concepções de profissionais das equipes de saúde da família desse município em relação à mulher, ao homem e à violência de gênero
22	Refletir sobre o enfrentamento da violência contra a mulher a partir do trabalho em uma ESF
23	Analisar as representações sociais da violência sexual contra a mulher, construídas e reproduzidas no contexto da assistência pré-natal em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil.
24	Analisar o histórico da violência contra a mulher desde sua gênese até a situação atual do enfrentamento a violência sexual no Brasil, através de políticas governamentais de atendimento a essas vítimas.
25	Analisar os sentidos atribuídos por profissionais de saúde aos conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher.
26	Analisar a implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras (Rio de Janeiro/Fortaleza).
27	Avaliar a situação do atendimento às mulheres e crianças vítimas de violência sexual nos serviços públicos de saúde no Brasil, de acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com base na análise acerca da organização da assistência em mulheres em situação de violência sexual, tomada para nortear a presente pesquisa, foram depurados dos artigos analisados, os seguintes dados como mostra o Quadro 7.

Quadro 7 - Assistência em saúde às mulheres em situação de violência sexual na atenção primária em saúde.

Artigo	Resultados depurados
1	<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento integral à mulher em situação de violência sexual preconizado pelo Ministério da Saúde é desrespeitado em 87,5% dos estados do país, devido aos ambientes ambulatoriais inadequados e aos profissionais incapacitados para atender às mulheres segundo as normas. • Predomina a assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, que valoriza o modelo hegemônico biomédico e despreza ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. • As mulheres desconhecem os seus direitos, e sofrem reflexo de uma sociedade que ainda a culpabiliza pela agressão sofrida.
2	<ul style="list-style-type: none"> • 47,5% eram brancas, 81,3% foram vítimas de agressores únicos e desconhecidos em 67,8% dos casos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Metade das ocorrências se deu em via pública, durante a noite ou madrugada, sendo que 64% das vítimas procuraram atendimento antes de completar 24 horas da agressão. Destas, 81% receberam contracepção de emergência e para 91,5% delas foi feita a profilaxia de DST's. • Destaca-se que 90% das mulheres iniciaram profilaxia para HIV, mas apenas 40,7% completaram tratamento. • Quase 80% dos casos não concluíram o controle sorológico e acompanhamento ambulatorial.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenciaram a invisibilidade da violência no serviço e o desconhecimento por parte de profissionais da AB acerca da categoria Gênero e da sua complexidade.
4	<ul style="list-style-type: none"> • O estudo evidenciou que o tema da violência sexual contra mulheres, possui inserção e consolidação diversificada por parte dos gestores e profissionais. • O tema vem alcançando visibilidade para a formulação de políticas públicas, por outro lado no âmbito do planejamento e organização dos serviços ainda é uma complexidade pouco dimensionada. • Artigo mostrou fragilidade da qualificação profissional para lidar com essas mulheres.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de protocolo de atendimento específico para as mulheres em situação de violência foi mencionado em cinco municípios (5/15). • A maioria dos coordenadores disse que situações de violência entre as usuárias eram detectadas, embora 74% dissessem que isso não era investigado rotineiramente, o que foi confirmado por 72,3% dos profissionais. • Entre as mulheres, 76,5% referiram ter sofrido algum tipo de violência ao longo da vida e 56,4% relataram violência por parceiro íntimo; cerca de 30% mencionaram pelo menos um episódio nos últimos 12 meses; • 6,5% disseram ter procurado ajuda em Unidade Básica de Saúde.
6	<ul style="list-style-type: none"> • O artigo trouxe informações de que a violência sexual contra a mulher está diretamente ligada ao modelo social das relações sociais das relações de dominação do homem sobre a mulher. • Os profissionais tiveram dificuldades em atender as mulheres em situação de violência sexual, por sentirem-se impotentes pela falta de preparo do serviço para esse fim. • Constatou-se falta de concretização de políticas públicas. Nos níveis federal e estadual há leis e documentos para assistir as MVVS, mas no nível local carece de apoio concreto para atuação profissional. • Falhas de comunicação intra e intersetorial para esse tipo de assistência.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Das mulheres entrevistadas, 69,6% referiram alguma agressão física, psicológica ou sexual e, destas, 63,4% não consideraram haver sofrido violência na vida; 64,3% relataram algum episódio marcante e 46,5% atribuíram um nome ao vivido. • A definição de violência mais comum foi a de agressão física (78,8%), seguida pela psicológica (39,7%) e sexual (24,2%). • A maioria das mulheres que referiu alguma agressão não considerou haver sofrido violência na vida. • Houve grande dificuldade em contar episódios e nomeá-los, e apesar de a maioria desses episódios serem do âmbito doméstico, na definição de violência esta referência não aparece.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar da importância, real e simbólica, do atendimento às vítimas de violência sexual, governo e movimento de mulheres não têm conseguido garantir a expansão destes serviços, nem articular a contento a discussão sobre a violência sexual e o direito das mulheres.

9	<ul style="list-style-type: none"> • Conduas adequadas são realizadas, mas são insuficientes devido à complexidade do problema da violência, assim como ocorre com os encaminhamentos para a rede intersetorial.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados mostraram posições e concepções de ACS majoritariamente apoiadas no senso comum, ou seja, nada diferindo das mulheres vítimas de violência ou leigos em geral.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Embora ambas as unidades estudadas identifiquem frequentemente usuárias vítimas de violência, na unidade de referência os profissionais se mostraram mais preparados para identificar o problema quando este não se apresenta de forma explícita e para desenvolver ações de acolhimento dentro da própria unidade de saúde. • O que diferencia as duas unidades é o encaminhamento dado ao problema, relacionado com a forma como cada serviço entende a violência como demanda inerente também à esfera da saúde.
12	<ul style="list-style-type: none"> • Os 16 estudos destacaram a valorização do modelo biomédico na atenção às mulheres em situação de violência; • Falta de articulação intersetorial; • Despreparo dos profissionais na assistência e as consequências para a saúde da mulher violentada que procura os serviços de saúde e da rede de atenção.
13	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados apontaram que a violência contra a mulher é tema de interesse de 75% das participantes da pesquisa; • 50% classificaram-na como problema multifatorial; • 75% declararam conhecer a política de proteção à mulher, mas alegaram dificuldades para colocá-la em prática; • 60% fizeram referência direta a questões de gênero, que expressam a magnitude do problema enquanto fenômeno com repercussões sociais, culturais, econômicas e jurídicas.
14	<ul style="list-style-type: none"> • A dificuldade de reconhecer o agravo à mulher e os encaminhamentos ao sistema de referência e contra referência constituem os principais desafios para o enfrentamento da problemática. • Os profissionais propõem a capacitação enquanto estratégica para garantia do cuidado.
15	<ul style="list-style-type: none"> • O estudo mostrou que a articulação intersetorial e a atenção disponibilizada pelos serviços são elementos que interferem no enfrentamento da violência contra a mulher. Ambos os elementos guardam relação com o fortalecimento da rede de atenção a mulheres vítimas de violência.
16	<ul style="list-style-type: none"> • Destaca a APS como potencialidade na atenção à violência contra a mulher. • Destaca a necessidade do uso efetivo da rede intersetorial. • Mostra resultados animadores acerca de um serviço especializado para assistência às mulheres em situação de violência.
17	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguou-se fragilidades teórico-metodológicas das profissionais sobre a temática da violência contra a mulher; • Dificuldades nas ações de prevenção, acolhimento e notificação dos serviços de saúde.
18	<ul style="list-style-type: none"> • Aponta fragilidades e perspectivas na organização dos serviços em rede a partir da adoção do princípio dos direitos humanos e sociais.
19	<ul style="list-style-type: none"> • Constatado lacunas na formação e nas práticas médica acerca da temática violência de gênero.
20	<ul style="list-style-type: none"> • A criação da Casa da Mulher, em 1998, foi uma resposta à solicitação do governo e da sociedade civil para que os cursos universitários da área de saúde incluíssem em seu currículo questões sobre assistência às mulheres vítimas de violência sexual.

	<ul style="list-style-type: none"> • A organização do serviço buscou, simultaneamente, garantir um atendimento humanizado e de qualidade às mulheres e constituir-se em um espaço de aprendizagens múltiplas, ensinando aos alunos a fazerem diagnósticos e instituírem terapêuticas corretas, aproximando-os e sensibilizando-os para a problemática envolvida na violência sexual, e estimulando-os para o trabalho coletivo, a partir do diálogo com colegas de formações distintas da sua.
21	<ul style="list-style-type: none"> • Constatou-se a coexistência de concepções críticas, potencialmente transformadoras, com outras conservadoras e reprodutoras da ideologia hegemônica da dominação masculina. • Visões conservadoras que reafirmam estereótipos condizentes com o senso comum.
22	<ul style="list-style-type: none"> • Aponta elementos que dificultam a abordagem da violência contra as mulheres. • Despreparo e qualificação insuficiente que dificulta a interação com novos saberes e práticas para ações coletivas.
23	<ul style="list-style-type: none"> • As noções de violência referida pelos profissionais se encontram associadas com: sofrimento, distúrbio de comportamento, relações sexuais forçadas. • As explicações para esse tipo de evento referem-se às relações de gênero, à violência urbana, imputação da culpa da mulher.
24	<ul style="list-style-type: none"> • Embora se tenha percorrido, na última década um grande esforço no Ministério da Saúde em parceria com ministério da justiça em dar acesso às mulheres aos serviços de assistência contra a violência e proteção da lei, há muito o que caminhar no processo evolutivo para garantir integralidade aos serviços para MVVS. • O enfrentamento da violência sexual no Brasil está longe de ser resolutivo.
25	<ul style="list-style-type: none"> • Entre os sentidos atribuídos ao conceito de violência sexual, destacam-se a violação dos direitos humanos e ênfase na perpetuação das questões de gênero; • Quanto às causas, sobressaiu o machismo, a existência de patologias do agressor e a reprodução da violência familiar – as repercussões atingem aspectos psicológicos, além da exposição a doenças e agressões físicas. • Dos sentidos atribuídos à violência sexual pela ótica dos profissionais de saúde investigados, divergiram sobre a desigualdade de gênero e contexto social, cujas causas foram apontadas como sendo a cultura machista, a falta de informação das mulheres sobre os seus direitos e as questões sociais. • Observou-se a dificuldade dos profissionais em trabalhar com o tema.
26	<ul style="list-style-type: none"> • A questão vem sendo abordada de forma diferenciada pelos municípios, o que decorre das distintas trajetórias de consolidação dos serviços, das aproximações com o movimento feminista e dos contextos culturais específicos. • Notou-se que a implementação das ações nesse âmbito ainda apresenta fragilidades, exigindo esforços de articulação política e técnica para a estruturação e a manutenção dos serviços.
27	<ul style="list-style-type: none"> • Dos serviços de saúde que prestam assistência a mulheres em situação de violência, 8% seguiam um protocolo baseado na norma técnica do Ministério da Saúde. Dentre os 874 hospitais e prontos-socorros de adultos incluídos na amostra, 30, 37 e 26% referiram realizar a interrupção legal da gestação nos casos de estupro, risco de vida da mulher e malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, respectivamente. Entretanto, apenas 5,6, 4,8 e 5,5% tinham realizado ao menos uma interrupção nos 10–14 meses anteriores à pesquisa. • Observou-se, portanto, grande progresso no reconhecimento de que a violência sexual existe, é frequente e que as mulheres, que sofrem essas agressões precisam de atendimento médico especializado.

	<ul style="list-style-type: none"> Falta, entretanto, muito esforço para que esse reconhecimento se transforme em realidade prática, a fim de que todas as mulheres e crianças agredidas sexualmente tenham o atendimento de emergência e o seguimento de que precisam.
--	--

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Dentre os achados referentes à assistência às mulheres em situação de violência sexual, mais prevalentes encontrados na análise dos artigos, classificou-se em os que foram encontrados mais de uma vez, por ordem em que os dados foram mais evidenciados, conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8 – Principais resultados nos artigos analisados na SR.

Características dos achados mais prevalentes	Artigos
Baixa qualificação profissional referentes à assistência às mulheres em situação de violência.	3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 22, 24, 25, 26, = 15
Violência contra a mulher diretamente ligada ao modelo social das relações de dominação de gênero, do homem sobre a mulher. Concepções profissionais conservadoras, condizentes com senso comum.	1, 3, 6, 9, 10, 13, 16, 17, 21, 23, 25, = 11
Dificuldade de articulação com a rede intersetorial e falta de serviços de referência.	2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 18, 26, = 10
Presença de políticas públicas acerca da temática, contudo, falta de concretização assistencial das mesmas.	1, 4, 5, 6, 8, 24, 26, 27; = 8
Invisibilidade da violência contra as mulheres nos serviços. Dificuldade em reconhecer o agravo.	3, 5, 6, 7, 11, 14, 17 = 7
Atendimento integral desrespeitado, assistência fragmentada, pautada no modelo biomédico e medicalizante.	1, 2, 12, 17, 24, 26, 27; = 7
Dificuldade de os profissionais agirem, pela complexidade do problema.	5, 9, 13, 22, 25, = 5
Resultados animadores pela implementação de serviços de referência especializados para a assistência às mulheres em situação de violência profissional.	11, 16, 20, 24, = 4
Destacam APS como potencialidade para o enfrentamento da problemática.	6, 11, 14, 16; = 4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

As principais sugestões para que a assistência às mulheres em situação de violência sexual seja mais eficaz apontadas pelos autores dos artigos analisados para essa scoping review, foram sintetizadas entre as aparições mais prevalentes. A sugestão mais evidenciada foi relacionada à “capacitação profissional, acompanhamento da educação continuada e ampliação curricular acadêmica” sobre a temática, tal implicação surgiu em 22 dos 27 artigos avaliados. “Aprimorar a promoção da articulação da rede intra e intersetorial de assistência”, foi a segunda sugestão mais demonstrada nessa análise, em 12/27 artigos. A “ampliação da produção científica” e “acréscimo de serviços especializados para atenção às mulheres em situação de violência sexual” apareceram em 8/27 dos estudos, 4 artigos par cada tema. Conforme esquematizado no quadro 9.

Quadro 9 – Principais sugestões dos artigos da SR.

Sugestões mais prevalentes dos artigos da SR	Artigo
---	---------------

Capacitação profissional, acompanhamento da educação continuada e ampliação curricular acadêmica.	1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 = 22
Aprimorar a promoção permanente da articulação da rede intra e intersetorial de assistência.	2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 18, 26 = 12
Ampliação da produção científica acerca da assistência à violência sexual contra a mulher.	1, 6, 7, 17 = 4
Acréscimo de serviços especializados para atenção às mulheres em situação de violência sexual.	11, 16, 20, 24 = 4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

6 DISCUSSÃO

6.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL E A ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Nas análises feitas, foi possível perceber que a grande maioria dos estudos trazem questionamentos a respeito da deficiência da formação profissional e educação em serviço, bem como da baixa produção científica para temas relacionados à violência sexual contra a mulher e suas vertentes. O reconhecimento da violência contra a mulher como questão de interesse público necessita de envolvimento de toda a sociedade para diminuir a sua incidência. Isso tem possibilitado, especialmente na última década, a criação de novos marcos legais e a implementação de programas e ações governamentais coordenadas na prevenção e enfrentamento à violência doméstica e sexual.

O tema da violência sexual contra mulheres também vem adquirindo crescente importância nas agendas da saúde (Berger et al, 2014). Desde 2003, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) atua no enfrentamento à violência contra a mulher tendo por base a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (SPM, 2012), estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (SPM, 2003). Contudo, a análise dos estudos dessa SR evidencia que não basta ter políticas públicas publicadas, é necessário engajamento de gestões e de profissionais para que o enfrentamento a essa problemática seja eficiente.

A noção de enfrentamento que vem sendo seguida nos Planos Nacionais não se reduz apenas à questão do combate, mas envolve também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres. O enfrentamento nessa perspectiva necessita da ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros).

O atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência implica na formação continuada de agentes públicos e comunitários; no funcionamento adequado dos serviços especializados; na constituição/fortalecimento da Rede de Atendimento a partir da articulação dos governos – federal, estadual, municipal – e da sociedade civil para o estabelecimento de uma rede de parcerias para o enfrentamento da violência contra as mulheres, no sentido de garantir a integralidade do atendimento (CAVALCANTI, 2004).

Nesse processo, destaca-se a construção da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (Ministério da Saúde, 2012), que vem sendo traduzida para os serviços de saúde sob o formato de protocolo, ou seja, um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder apropriadamente às vítimas de violência sexual. Essa Norma Técnica, através de variadas recomendações, vem incorporando os avanços técnicos, éticos, legais e humanitários na perspectiva da sustentabilidade do atendimento integral às mulheres em situação de violência sexual. Nesse atendimento cabe aos profissionais de saúde ajudar na garantia de direito, operacionalizar e dar sentido e qualidade às políticas de saúde. A complexidade relacionada às situações de violência sexual e às consequências impostas às vítimas requisitam uma abordagem multiprofissional capaz de prevenir, detectar e abordar em diferentes momentos.

As etapas do atendimento, incluindo os mecanismos de detecção, a notificação, as medidas de emergência, o acompanhamento, reabilitação e tratamento dos impactos da violência sexual sobre a saúde da mulher, demandam qualificação por parte dos profissionais de saúde para perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres (Ministério da Saúde, 2012).

Apesar do avanço conceitual na organização formal da atenção às mulheres em situação de violência sexual, é no espaço dos serviços, que os profissionais de saúde protagonizam um conjunto diferenciado de práticas capazes ou não de romper com as estruturas e mecanismos de fragmentação do cuidado (Cavalcanti, 2004).

Essa SR traz o desafio da integralidade como uma diretriz que se confronta com o reducionismo e a fragmentação das práticas em saúde. Apesar dos avanços alcançados nas políticas públicas de enfrentamento às violências sexuais, da importância dos profissionais de saúde na sua consolidação, e do consenso quanto à ausência de abordagem sobre a violência sexual contra mulher pelos órgãos formadores, ainda há uma insuficiente produção de conhecimento sobre a abordagem às violências sexuais contra a mulher na formação profissional.

Mesmo considerando a abordagem da violência sexual no conjunto das violências, em especial das violências de gênero, observa-se a insuficiência do tema na formação profissional. Rosa (2010), analisando os conceitos e vivências sobre violência de acadêmicos do último ano dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, aponta a reprodução de sentimentos de medo, impotência, raiva e indignação, bem como evidencia que o profissional de saúde não identifica situações de violência e que a formação acadêmica não discute o tema suficientemente.

Alcaraz et al (2014), se referindo à formação dirigida às violências de gênero, apontam que os 82,9% dos profissionais de saúde desconhecem os protocolos e 92,4% não receberam formação específica, e estabelecem a relação com o baixo número de detecções, o que poderia reduzir os problemas crônicos de saúde e gastos sanitários. Pedrosa e Spink (2011), um artigo analisado nesse estudo, chamam a atenção para as lacunas na formação e nas práticas médicas acerca da temática violência de gênero, mostrando como mudanças pedagógicas nos currículos do ensino médico são estratégias significativas para o enfrentamento da violência nos serviços, por demandar transformação das concepções e práticas dos profissionais, ainda muito centradas no enfoque biomédico.

Penna et al (2004), reafirma essa visão ao dizer que o desconhecimento dos profissionais de saúde e a falta de diagnósticos e cuidados às situações de violência sexual decorrem do despreparo decorrente de uma formação calcada no modelo biomédico, que não possibilita relacionar relações entre corpo e sociedade, essa afirmação foi apontada ao estudar o currículo do curso de enfermagem.

A preponderância do perfil clínico biológico, substancialmente incrustado na estrutura curricular dos cursos da área da saúde, vai de encontro às características preconizadas pelo modo de produzir saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e não responde adequadamente à complexidade das situações de violência (Saldanha et al., 2014).

Dessa forma reiteramos que a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas, fundadas na lógica tecnicista, voltadas para as partes do todo, restringe a atuação diante da problemática e não contempla as necessidades das usuárias. A literatura repete essas evidências, atestando que a inclusão e o tratamento da temática na formação dos profissionais da saúde não são efetivos, visto que a compreensão da violência demanda processos de reflexão e aquisição de conhecimentos diferenciados, que incluem a sua dimensão político-social (Berger, 2011; Pedrosa e Spink, 2011).

Em um estudo acerca do ensino, na formação médica, sobre atenção a pessoas em situação de violência, Hamberger (2007) sublinha que o frequente isolamento entre as atividades que envolvem o tema e as demais atividades e conteúdos temáticos que integram a matriz curricular é um limitador na formação, o que tem limitado, também, a habilitação para tal atuação diante de mulheres em situação de violência sexual.

Concordamos nessa pesquisa, com Berger (2011) que acrescenta que pouco se tem preparado os profissionais da saúde para a abordagem de temas sensíveis e que envolvem forte carga moral, que demandam lidar com questões sociais complexas, como a violência sexual e o aborto legal, com suas próprias percepções e sentimentos. Bosi e colaboradores (2000) denominam essa invisibilidade das questões que extrapolam as fronteiras da prática pautada no modelo biomédico de “silêncio curricular”. O silêncio, no entanto, é mais do que curricular, pois há também o silenciamento dos debates sociais.

Nos âmbitos político-institucionais e paradigmáticos da produção do conhecimento, esse silêncio é reforçado pela concepção bancária da educação, assim como por um processo de trabalho em saúde centrado na figura do médico, que inviabiliza a implementação de rotinas respaldadas na ação coletiva que definam e articulem funções dentro de uma equipe multidisciplinar e da rede de serviços (Berger, 2011).

A proposta do SUS para a superação do modelo clássico de atenção à saúde da mulher incorpora o conceito ampliado de saúde, comportando a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, na qual o ser humano é compreendido como sujeito de direito e o processo saúde-doença é visto como produto da relação entre a dimensão social e a biológica. Pensar essa inter-relação é reconhecer a existência das iniquidades e os meios para superá-las, visando à promoção da saúde (FREITAS, OLIVEIRA E SILVA, 2013).

Seguindo esse contorno de pensamento através do investigado nessa pesquisa, infere-se que as universidades devem direcionar suas ações para as necessidades da sociedade, aprofundando questionamentos sobre a dinâmica dos problemas sociais, assim como enfatizar formas de atuação que considerem a integralidade na atenção ao ser humano.

Dentre a análise aqui feita, os estudos são incisivos em afirmar que mudanças na formação dos trabalhadores da saúde são indispensáveis para a atenção às pessoas em situação de violência nos serviços, por demandarem transformação das concepções e práticas dos futuros profissionais. O distanciamento entre a academia e as questões sociais induz uma atuação deslocada dos fundamentos que norteiam as políticas públicas como afirma Pedrosa e Spink,(2011).

Realça-se, nesse caminho, a responsabilidade das instituições formadoras em preparar os futuros profissionais para atuar diante da questão compreendendo a violência contra a mulher no âmbito da saúde e reconhecendo seu papel social na identificação e assistência articulada com outros setores (VIEIRA, PADOIN E LANDERDAHL, 2009). Esforços direcionados ao entendimento da dinâmica desse problema social complexo permitem um processo de reconstrução que favorece a sensibilização para o tema e o aprendizado de formas de intervenção mais apropriadas a essa problemática. (KISS E SCHRAIBER, 2011).

6.2 ARTICULAÇÃO DAS REDES INTRA E INTERSETORIAIS NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A partir do final dos anos 1970, com a instauração do nascente processo de redemocratização, inicia-se no Brasil um movimento de descentralização e participação da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas. Durante a década de 1980, a partir da convergência do movimento social de mulheres e do feminismo, que exercem pressões sobre o Estado para que haja investimentos em Políticas Públicas com recorte de gênero, são criados os primeiros serviços específicos para a atenção a mulheres em situação de violência.

Nas últimas três décadas, assistimos no Brasil a um grande aumento destes serviços, ao lado de intenso movimento pelos direitos humanos das mulheres, do incremento (apesar de ainda

não o bastante) na produção de conhecimento científico sobre o tema, do surgimento de Conselhos da Condição da Mulher e das Coordenadorias da Mulher em administrações estaduais e municipais e da assinatura pelo país de diversas Conferências Internacionais comprometendo-se a combater a violência contra a mulher (FARAH, 2004).

A ampliação da temática da VS é retratada nos diversos documentos e leis publicados neste período, tais como: 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. A norma técnica é o principal instrumento organizador dos serviços e direcionador das ações, difundindo as bases operacionais da atenção em saúde às mulheres em situação e VS, e norteia os serviços de saúde quanto ao atendimento.

No entanto, é claramente notável, a partir dessa SR que apesar do avanço representado por essas iniciativas de organização e distribuição social de serviços voltados à violência contra a mulher, muitas dificuldades ainda persistem no que diz respeito tanto à qualidade da assistência oferecida em cada serviço quanto à articulação dos serviços entre si. Estes serviços fazem parte de dispositivos governamentais e não governamentais e se distribuem em diversos setores de prestação de assistência (saúde, policial, jurídica, assistência social), compondo um grande mosaico, mas ainda pouco inter-relacionado.

Nesse contexto, é imprescindível que, independentemente do espaço de atuação na rede, os profissionais estejam aptos para identificar mulheres em vivência de violência e conduzi-las contribuindo para o seu empoderamento e consequente ruptura do ciclo. Vale salientar que as diversas demandas da mulher extrapolam o poder de resolutividade de um único setor, o que requer um conjunto articulado de ações intersetoriais.

As ideias da integralidade compõem um processo que se inicia desde a formulação de políticas por parte do Estado até a produção de ações e integração entre as diferentes instituições e prestadoras de serviços de atenção e cuidado ao cidadão. As políticas públicas como um conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, assegurando assim, uma atuação intersetorial de qualidade nos diferentes serviços (MEDEIROS E GUARESCHI, 2009)

Os estudos dessa SR apontam a importância da articulação intersetorial no sentido de viabilizar o processo de enfrentamento dos abusos praticados contra as mulheres. Kiss e colaboradores (2007) referem que a articulação intersetorial supera a fragmentação do conhecimento, favorecendo a resolução de problemas sociais complexos, uma vez que permite a interação entre os sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades.

Pode-se deduzir que a dificuldade de articulação com as instituições de saúde esteja associada à pouca percepção por parte dos profissionais de que a vivência de violência representa um agravo à saúde individual e coletiva. Entretanto, estudos mostram ser o setor saúde a porta de entrada para os casos de violência sexual, podendo ser esta identificada durante qualquer atendimento de saúde, desde os desempenhados nas unidades de emergência até aqueles realizados nos espaços da atenção básica, a partir de sinais e/ ou sintomas físicos, psicológicos ou mesmo pela revelação da usuária. Para alguns estudiosos, o não reconhecimento do fenômeno pode guardar relação com a dificuldade que os profissionais de saúde têm de compreender a violência sexual como uma demanda inerente a sua prática (SCHRAIBER E COL., 2002).

Os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência são de fundamental importância para o enfrentamento desse problema, sendo imprescindível que estes estejam articulados com os serviços de saúde a fim de promover uma atenção integral à mulher.

No Brasil foram criados, nos últimos anos, serviços específicos voltados para mulheres em situação de violência, tais como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais (Schraiber e col., 2002). Tais serviços surgiram da necessidade de oferecer às mulheres um melhor suporte nas áreas policial, jurídica e social vinculadas ao setor saúde. Neste sentido, a articulação intersetorial é necessária para se assegurar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

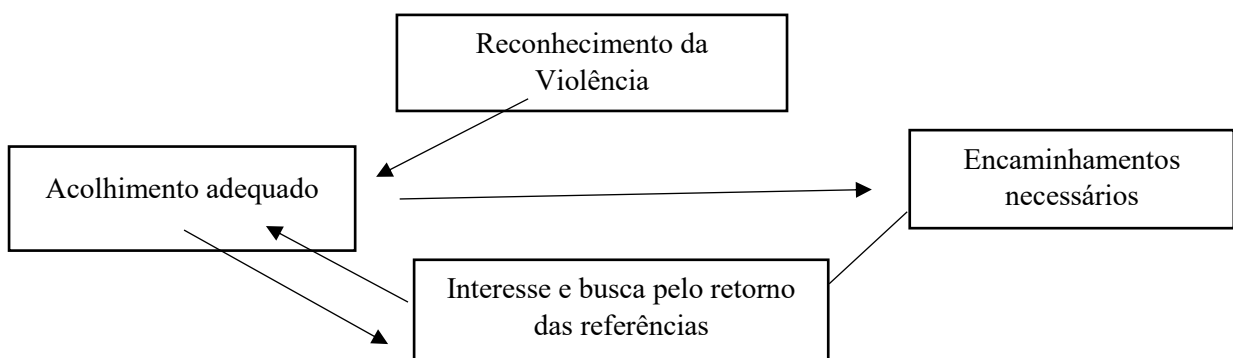
Promover atenção integral na assistência às mulheres em situação de violência sexual envolve identificação das necessidades da mulher, atendimento ao que compete a cada órgão e encaminhamentos no sentido de contemplar suas demandas. Tais ações são essenciais para o processo de enfrentamento da violência contra a mulher. Todavia, esse estudo revelou que muitos serviços ainda não estão preparados para lidar com a situação da violência sexual contra a mulher.

Na visão de Borsoi e colaboradores (2009), a maior dificuldade dos profissionais é dar encaminhamento à situação. Dessa forma, é de fundamental importância o suporte de uma rede intersetorial articulada e sistematizada, com o devido conhecimento sobre as atribuições de cada entidade a ela vinculada, com o intuito de garantir proteção plena a essas mulheres através da manutenção de seus direitos de cidadania.

O processo de interação entre os vários setores que integram a Rede só se concretizará através da obtenção do conhecimento mútuo, o que envolve informações sobre suas competências, atribuições, localização, tramitação interna e externa, bem como os horários de funcionamento. De acordo com Njaine e colaboradores (2006), o conhecimento dos serviços está configurado e determinado através dos fluxos de informação e comunicação existentes na Rede.

Dessa forma, para viabilizar o encaminhamento, atendimento e proteção das vítimas de violência, torna-se necessário assimilar o quanto a Rede incorpora de parcerias e interconexões. A fim de que essas mulheres tenham de fato um atendimento integral. A eficácia desse acompanhamento se dá na efetividade de todas as etapas que compõem a rede de assistência: o reconhecimento da violência por parte dos profissionais, o acolhimento adequado, o encaminhamento, bem como o interesse e a busca pelo retorno das referências, buscando, assim, uma melhor assistência à mulher (conforme resumidamente diagramado na figura 9).

Figura 8 – Efetividade das etapas de compõe a rede de assistência.



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Uma investigação realizada pela Organização Panamericana da Saúde em 10 países sul e centro americanos — La Ruta Crítica de Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar (SAGOT, 2000) — analisou as decisões tomadas por mulheres em situação de violência e o caminho construído pelas ações efetivadas (definido como ‘rota crítica’) e mostrou como a peregrinação pelos diferentes serviços pode tornar-se penosa. As atitudes negativas dos profissionais e as respostas institucionais inadequadas foram consideradas importantes fatores inibidores da rota crítica, enquanto a informação precisa e de qualidade foi identificada como fator facilitador da rota, embora tenha acontecido mais raramente. Situação similar também se verificou para o contexto brasileiro (MENEGHEL, 2009).

Averiguou-se nessa pesquisa que além da qualidade da assistência em cada ponto da rede, estudos recentes têm demonstrado a importância da maior articulação entre os serviços, evitando, assim, uma fragmentada compreensão das trajetórias ou acesso limitado para o leque de ofertas possíveis em cada caso. No Brasil, temos um acúmulo maior de estudos voltados às esferas jurídico-legais ou policiais do problema, como os estudos da legislação e o das delegacias de defesa da mulher (Brandão, 1998), que mostram como as demandas das mulheres em situação de violência vão além, ou não se encaixam, na redução do problema à ocorrência de um crime, embora os setores jurídico e policial participem da estratégia de intervenção mais antiga e divulgada. Existem demandas de atenção psicológica, direito civil, trabalho, moradia, creche, escola, saúde, abuso de drogas e álcool, sofrimentos e adoecimentos mentais, enfim, um mundo de necessidades derivadas do desrespeito sistemático aos direitos humanos e à cidadania e da consequente alta vulnerabilidade destas mulheres a um conjunto grande de agravos. O despreparo dos profissionais das delegacias de polícia, mesmo daqueles que trabalham nas delegacias de defesa da mulher, quanto ao acolhimento destas demandas diversas, acaba por prejudicar a efetividade de seus próprios serviços, que muitas vezes constituem a primeira opção de busca por ajuda por parte das mulheres. Com isto, perde-se a oportunidade de trabalhar pela efetiva garantia dos direitos dessas mulheres.

O termo “rede social” surgiu nos anos 1950 (Wasserman & Faust, 1994), mas o estudo dessas redes ganhou maior impulso apenas a partir dos anos 1970, conformando um campo bastante fragmentado, com uma série de aproximações teóricas e metodológicas. Há atualmente um consenso a respeito da inexistência de uma teoria de redes sociais, enfatizando-se a utilidade do conceito para teorias sociais diversas (Marteletto, 2001). Em comum, os estudos sobre redes tratam de atores e seus vínculos ou relações (Marteletto e Silva, 2004), sendo o enfoque nas relações priorizado em relação ao enfoque dos atributos individuais. Dessa perspectiva, as redes (e as relações que as constituem) são também pensadas a partir dos fluxos de informações, objetos e pessoas que nela transitam. A rede é uma proposta de prover atenção do tipo horizontal e sem porta de entrada definida. Assim, por qualquer ponto que inicie seu percurso, a mulher encontrará, no interior das particulares ‘vocações’ assistenciais de cada setor de prestação do serviço, a mesma valorização e desenvolvimento de seus direitos, concretamente realizados, porém, nas distintas especificidades de cada setor social.

Nessa perspectiva, a SR menciona o papel dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois, na maioria das vezes, as Equipes de Saúde da Família se apresentam como porta de entrada para essas mulheres. Neste sentido, a ESF deveria aparecer como protagonista no processo de acompanhamento das mulheres em situação de violência sexual, uma vez que, como afirma Brasil (2012), trabalha com uma população adstrita, secundária ao processo de territorialização, o que permite um maior envolvimento com a comunidade, e consequentemente o reconhecimento e a compreensão de suas necessidades.

No espaço do território o Sistema Único de Saúde (SUS), ao falar sobre a trama de serviços para a assistência para a violência, propõe diálogo com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente,

as ações que melhor atendem as necessidades desse público. A seguir destacam-se alguns dos equipamentos que compõem a rede intersetorial no território que atende mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2012).

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Secretaria Municipal de Assistência Social ou organismo equivalente;
- Secretaria Municipal da Educação;
- Secretaria Municipal da Mulher (quando houver);
- Secretaria Municipal do Trabalho ou organismo correspondente;
- Delegacia da Mulher ou na ausência desta, da Delegacia não especializada da Polícia Civil;
- Comando local da Polícia Militar;
- Unidade de Saúde de Referência para o atendimento de urgência (Hospitais e/ou UPA);
- Unidade Municipal de Atendimento à Mulher (quando houver);
- Juizado;
- Promotoria Pública;
- Conselhos Municipais (Saúde, Assistência Social, Mulher);
- Organizações da Sociedade Civil com atuação na área.

Além dessas estruturas, outras existentes no município poderão se agregar, como a representação local da OAB, de outros Conselhos de Categoria Profissional, Instituições de Ensino Superior, Sociedades Científicas, entre outros. A figura 10 ilustra um exemplo de articulação de rede intersetorial.

Figura 9 – Exemplo de rede intersetorial dialogando com a saúde no território.



Fonte:

Por outro lado, nota-se nessa SR que mesmo que haja disposição de vários serviços de intervenção é necessária certa precaução, sempre que os serviços atuam apenas como somatória ou justaposição de intervenções, o que na prática podemos caracterizar mais como de ‘trama’ de serviços do que como ‘rede’, essa configuração assistencial reforça a ‘rota crítica’ das mulheres em situação de violência sexual. Nesta, as decisões das mulheres de buscar por apoios são, em geral, já tardias ou ambivalentes e ao encontrarem assistências isoladas, com respostas que podem ser parciais ou em direção diversa de suas demandas, tendem a interromper suas rotas. A assistência existente, portanto, tende a tornar-se dissuasiva ou impeditiva do próprio percurso. Essa forma de atuação dos serviços reitera, de certa forma, a banalização das violências e, ainda que, em tese, representem os direitos das mulheres, o resultado da atenção produzida termina por reforçar o contrário: a ausência desses direitos (SCHRAIBER, et al, (2012).

Nesse sentido essa pesquisa nos faz pensar e traz alguns questionamentos: por que os serviços atuam mais como trama de agregados? Como poderiam atuar em rede?

Schraiber et al (2012), traz para a reflexão de que a intersetorialidade resulta, pois, de diálogos e trocas que atingem as práticas técnicas e também os saberes que as regem, ou seja, como dito antes, resulta de interdisciplinaridade e da composição de trabalhos multiprofissionais. Contudo, neste processo não se pode perder de vista a importância dos próprios trabalhos especializados ou específicos de cada setor ou de cada ramo profissional. A garantia destes deve ser buscada, porém, em um modelo assistencial que permita a mútua colaboração entre esses trabalhos, em que seus agentes efetivamente se disponham em relações de intersubjetividade e não de isolamento. Por consequência, poderíamos definir como características do trabalho em rede a serem ainda conquistadas, em reorganizações do trabalho tradicional dos profissionais nos serviços, as seguintes: a valorização dos trabalhos específicos e particulares com complementaridade entre os trabalhos especializados; a possibilidade de uma autonomia profissional específica no interior da interdependência entre atuações; a descentralização e compartilhamento da tomada de decisão assistencial; e a construção de projetos assistenciais comuns, na referência dos direitos humanos e sociais, como norma-guia das atuações particulares a cada setor e a cada vez que a rede é acionada pelas mulheres (idem de cima).

Sendo assim o que pode-se inferir com essa Scoping Review, é que os serviços que ofertam assistência às mulheres em situação de violência sexual, não tem claro quais são seus objetivos assistenciais a fim de repassá-los aos seus profissionais, não tem a orientação e supervisão devida, o que dificulta cumprimento de cuidado a essas mulheres. Do mesmo modo que os profissionais, por sua vez, devem conseguir projetar uma intervenção que, apoiada em seus conhecimentos e instrumentos específicos de ação profissional, alcance aqueles objetivos assistenciais para a particular demanda que cada caso, ou na atenção em grupo. E para tal, devem ser bem qualificados em suas formações profissionais específicas, bem como participarem das atualizações, supervisões, monitoramentos e toda e qualquer modalidade de educação permanente em seus ramos profissionais que a instituição e, pensando agora em redes, a rede intersetorial possa lhes oferecer. Além disso, os objetivos assistenciais não podem ser definidos para cada serviço ou setor de produção individualmente, pois nesse plano do trabalho profissional, a atenção integral a mulheres em situação de violência sexual, define-se como aquela que compartilha projetos assistenciais e interage para conseguir realizá-lo, integrando os serviços.

O caminho que conduz a esta integração esbarra, porém, na diversidade interna dos conhecimentos estruturados em disciplinas específicas, assim como dos compromissos e projetos profissionais, muitas vezes respondendo a interesses corporativos bastante particulares em cada campo de ação/atuação. O conceito de núcleo, de Gastão Wagner Souza Campos (2000) aborda essas especificidades, chamando a atenção para a identidade social interna a áreas de saber e prática profissional. Compreender essa diversidade dos núcleos pode ajudar a pensar as aproximações e

afastamentos entre as diferentes vocações e projetos assistenciais presentes no caso da atenção a mulheres em situações de violência sexual.

Lidar com essas mulheres, em razão da própria complexidade de determinação e amplo leque de variação das situações de violência, seja em função dos tipos e gravidade de atos sofridos, ou de agressores envolvidos, requer assistências diversas e complementares, demandando atenção em rede para produzir respostas eficientes. Além disso, o modo como cada mulher em situação de violência sexual lidará com essa situação também responde a outras ordens de complexidade, dados pelos contextos sociais, comunitários ou familiares em que estão vivendo essas mulheres, em conexão com as possibilidades e limites individuais com que cada mulher reconhecerá e contornará suas vulnerabilidades.

A superação desses obstáculos, contudo, não é simples, e implica, como primeiro passo, uma definição clara do princípio comum que irá reger a perspectiva de atuação em rede. Já mencionados, que o princípio geral de proteger e promover os direitos humanos e sociais constitui o núcleo desse princípio. Adotá-lo já irá representar um grande passo nas reorientações dos escopos de atuação fragmentados e setorializados, pois, a nosso ver, implica em um deslocamento de valor no agir assistencial: deixa-se de centrar a atuação dos serviços e a de seus profissionais na busca de um êxito assistencial apenas ligado à própria tecnicidade de seu campo disciplinar, isto é, à intervenção já dada pelos ramos profissionais particulares, tais como o dos médicos, advogados, psicólogos, etc. e subordinados a procedimentos e saberes especializados das disciplinas, e que quase sempre desqualificam a presença do ‘leigo’ frente a esses saberes e procedimentos especializados, em prol de uma composição interdisciplinar e com a valorização também das competências práticas das mulheres para poderem lidar com suas situações de violência. Esta última reorientação é, analogamente ao que algumas publicações elaboram para o campo da saúde (Ayres, 2009) e para o agir profissional dos médicos (Schraiber, 2011), uma reorientação dos ‘êxitos técnicos’, ora caracterizados pelo agir segmentado e tecnicista, em direção a ‘sucessos práticos’. Sucessos práticos se definem, então, como a proposta assistencial que interage com as expectativas e possibilidades de lidar com as violências vividas por parte das próprias mulheres. Também em razão desta interação, não haverá um protocolo único ou procedimento fixo previamente para a atuação, em cada serviço ou na rede de serviços, pois, diante da pluralidade dos casos de violência sexual, as resoluções e propostas assistenciais serão necessariamente plurais.

6.3 SERVIÇOS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS NA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Relativo à abrangência de atuação, identificou-se ao analisar os estudos para essa SR, serviços que podemos considerar como ‘especializados’, tal quais os centros de referência, e que se situam em diversos setores, mas pertencem a cada um deles, como por exemplo, hospitais voltados para atender casos de violência sexual e aborto legal. Em geral, o que encontramos são centros desse tipo no interior de hospitais que pertencem ao setor saúde, mas que, no âmbito do centro, são recursos de intervenção especializada e de referência para outros serviços que atendem mulheres em situação de violência. Outra modalidade de serviço, dentro da abrangência de atuação, é aquele a que chamaremos de ‘específicos’, tais como as delegacias de defesa da mulher ou similares, ou os de orientações jurídicas, ou os que prestam assistência social isolada ou combinada com a assistência psicológica, entre outros. Esta modalidade de abrangência de atuação, a de serviços ‘específicos’, foi assim considerada em razão de serem serviços já voltados para vítimas de violência sexual e, portanto, com essa especificidade, mas não constituem unidades

de referenciamento, sendo ao revés, quase sempre uma das portas de entrada para centros de referência. Por fim uma terceira modalidade de abrangência de atuação são os serviços que se podem chamar de ‘gerais com ações específicas’, tais como unidades das redes de um mesmo setor e que atuam também, mas não primordialmente, no atendimento a casos de vítimas da violência, ainda que realizem algumas ações voltadas a esses casos. Exemplos dessa modalidade são as Unidades Básicas de Saúde, ainda que nem todas se envolvam com ações voltadas a casos de violência, os centros de referência para DST/AIDS e os serviços de assistência jurídica (SCHRAIBER *et al*, 2012)

A mesma autora ainda refere sobre a importância do reconhecimento dessas distintas abrangências de atuação está na possibilidade de melhor explorar o potencial de cada tipo de serviço. É relevante que uma unidade básica de saúde, por exemplo, possa já realizar algumas ações para a atenção às mulheres em situação de violência, sem que tenha que se transformar ou em um centro de referência ou no polo oposto, e não realizar sequer o reconhecimento desse tipo de problema e demandas correlatas entre suas usuárias. Será mais relevante, ainda, que ao atuar em algumas ações para atender essas mulheres em situação de violência, o serviço o faça articulando estas ações ao usual programa de saúde das mulheres. Assim, não perderá sua atuação enquanto serviço usual da rede básica do setor saúde e não deixará de acolher casos de violência sexual de modo articulado as outras demandas dessas mulheres. Claro está que essas atuações não serão suficientes para abordar as situações de violência em todas as suas especificidades, para o que as unidades básicas de saúde podem contar com os serviços específicos e os centros de referência especializados.

A existência de serviços especializados para assistirem às mulheres em situação de violência sexual, mesmo que a instituição desses dispositivos ainda seja ínfima, foram vistas de forma positiva, por alguns dos estudos dessa SR. Os artigos que trouxeram a experiência de serviços especializados para esse fim, propõem que com a ampliação desses, há maior fortalecimento e consolidação, em âmbito nacional, da rede integrada de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, envolvendo e articulando as diversas áreas de assistência, atenção, proteção e defesa dos direitos das mulheres nessas condições. **No anexo 2**, está descrita a PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que infelizmente ainda é posta minimamente em prática pela ausência da construção desses serviços.

Brasil (2015), afirma que a Secretaria de Políticas para as Mulheres, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça trabalham em conjunto para o desenvolvimento de ações que possibilitem estratégias de prevenção, acolhimento, atendimento e proteção às pessoas em situação de violência. Ao mesmo tempo, criam estratégias para garantir a responsabilização e o combate à impunidade de autores de agressão a serem implantadas e implementadas nas unidades da federação. Reunir essas iniciativas para a unificação de procedimentos é possível quando a articulação e atuação governamental expressam o desejo de possibilitar à pessoa em situação de violência sexual um atendimento digno, humanizado e resolutivo, buscando evitar revitimizações e torná-lo mais ágil e com menos exposição da pessoa que sofreu a violência.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres “tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional” (BRASIL, 2011). Está estruturada em 6 diretrizes:

I. Garantir o cumprimento dos tratados, acordos e convenções internacionais firmados e ratificados pelo Estado Brasileiro relativos ao enfrentamento da violência contra as mulheres.

II. Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública.

III. Combater as distintas formas de apropriação e exploração mercantil do corpo e da vida das mulheres, como a exploração sexual e o tráfico de mulheres.

IV. Implementar medidas preventivas nas políticas públicas, de maneira integrada e intersetorial nas áreas de saúde, educação, assistência, turismo, comunicação, cultura, direitos humanos e justiça.

V. Incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência.

VI. Estruturar a Rede de Atendimento às mulheres em situação de violência nos Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2011).

Quando os artigos da pesquisa trazem à discussão o relato de experiências de sucesso da implementação de serviços de referência para o cuidado às mulheres em situação de violência sexual, os mesmos não eximem dos demais pontos da rede de assistência a responsabilidade do cuidado e atenção às pessoas em situação de violência sexual. Contudo, afirmam em suas pesquisas que houve ampliação da qualidade do atendimento, atestado pela grande adesão da clientela atendida.

A estruturação de serviços especializados e de referência para a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência sexual em rede é um passo importante para assegurar o cuidado, promoção e prevenção a esse público. Não se trata de um novo serviço, mas de uma concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (BRASIL, 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa, baseada em um “scoping review”, permitiu mapear a literatura brasileira sobre como os serviços de saúde se organizam para prestar assistência às mulheres em situação de violência sexual. Esse mapeamento, por sua vez, permitiu a análise da produção no que diz respeito às suas principais características (autoria, meios de divulgação e tipos de estudos), além de identificar as principais dificuldades que esses serviços assistenciais encontram para prestar o cuidado devido a essas mulheres.

Com relação às principais características, os especialistas do Sudeste brasileiro produziram mais artigos sobre assistência a mulheres em situação de violência sexual, com destaque ao Estado de São Paulo, representado, principalmente, por autores vinculados à Universidade de São Paulo - USP. Os principais veículos de divulgação das publicações foram os periódicos, com destaque ao Cadernos de Saúde Pública e Interface Comunicação, Saúde, Educação.

Autores vinculados a instituições de ensino e aos programas de pós-graduação de universidade públicas foram os que publicaram a maior parte dos artigos incluídos nessa pesquisa. As publicações utilizaram, principalmente, a abordagem metodológica qualitativa para desenvolvimento das análises.

A revisão serviu para reconhecer as dificuldades no perfil profissional, na prática das equipes, e sistemas de saúde brasileiros, que ofertam assistência às mulheres em situação de violência sexual.

Verifica-se que há baixa qualificação profissional referentes à assistência às mulheres em situação de violência sexual. A grande maioria dos estudos trazem questionamentos a respeito da deficiência da formação profissional e educação em serviço, bem como da baixa produção científica para temas relacionados à violência sexual contra a mulher e suas vertentes. A pesquisa reafirmou essa deficiência ao dizer que o desconhecimento dos profissionais de saúde e a falta de diagnósticos e cuidados às situações de violência sexual decorrem do despreparo decorrente de uma formação calcada no modelo biomédico, que não possibilita relacionar relações entre corpo e sociedade.

A pesquisa acrescentou ainda que pouco se tem preparado os profissionais da saúde para a abordagem de temas sensíveis e que envolvem forte carga moral, que demandam lidar com questões sociais complexas, como a violência sexual, com suas próprias percepções e sentimentos. Bosi e colaboradores (2000) denominam essa invisibilidade das questões que extrapolam as fronteiras da prática pautada no modelo biomédico de “silêncio curricular”. O silêncio, no entanto, é mais do que curricular, pois há também o silenciamento dos debates sociais.

O reconhecimento da violência contra a mulher como questão de interesse público necessita de envolvimento de toda a sociedade para diminuir a sua incidência. Isso tem possibilitado, especialmente na última década, a criação de novos marcos legais e a implementação de programas e ações governamentais coordenadas na prevenção e enfrentamento à violência doméstica e sexual.

A assistência em saúde para a violência contra a mulher ainda está diretamente ligada ao modelo social das relações de dominação de gênero, do homem sobre a mulher. As concepções profissionais que prestam assistência a esse público, ainda são ideias conservadoras, condizentes com senso comum. Isso configura, apesar de todos os avanços conquistados pelo feminismo, há a persistência dos padrões hegemônicos de relações assimétricas que servem para explicar e fornecer noções de conservadorismo.

Os resultados da pesquisa evidenciaram também, grande dificuldade de articulação com a rede intersetorial e falta de serviços de referência para a continuação do cuidado para as mulheres em situação de violência sexual. Essa questão mostrou como a deficiência de uma rede bem definida e coesa, pode tornar a peregrinação das mulheres, que procuram por cuidado pelos diferentes serviços, difícil e penosa, fazendo, muitas vezes, com essas mulheres desistam da busca pela assistência no meio do caminho.

A estruturação de serviços especializados e de referência para a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência sexual em rede, também foi um dado que mostrou ser um passo importante para assegurar o cuidado, promoção e prevenção às mulheres em situação de violência. Não se trata de um novo serviço, mas de uma concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial de forma a integrar políticas e ações governamentais e não governamentais no âmbito local (BRASIL, 2012).

Diante de tais dados, foi consenso dentre as pesquisas analisadas, que para haver assistência eficaz às mulheres em situação de violência sexual é imprescindível, sensibilização por parte da União, dos estados, municípios, bem como instituições de ensino, para ampliação da capacitação profissional, acompanhamento da educação continuada e acréscimo a grade curricular acadêmica sobre a temática. Não outra concebida com a pesquisa foi a necessidade de aprimorar a promoção da articulação da rede intra e intersetorial de assistência, a fim de que a rota crítica das mulheres que buscam assistência seja rompida, e essas encontrem o cuidado necessário ao buscar os serviços assistenciais. Por fim, ficou evidente dentre as sugestões analisadas que há um ganho qualitativo quando se acrescenta a criação de serviços especializados para atenção às mulheres em situação de violência sexual.

REFERÊNCIAS

- ALCARAZ, C.L.; ROCHE, F.P.; HERNÁNDEZ, M.T.; MESEGUER, C.B.; RODRIGUEZ, J.D.P.; ESPARZA, A.O. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. **rev. Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p.217-226, jan./mar. 2014.
- ALMEIDA, L.R, SILVA, A.T.M.C, MACHADO, L.S. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service. **Interface** (Botucatu). 2014; 18(48):47-59.
- ANDALRAFT, N.J; FAÚNDES, A; OSIS, M.J.D; PÁDUA, K.S; Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **FEMINA**. Nov-Dez 2012. Vol. 40. nº6.
- ANDRADE, C.J; FONSECA, R.M.G.S; Considerações sobre violência doméstica, gênero, trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 42(3):591-5, 2007.
- ARKSEY, H; O'MALLEY, L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int.J. Social Research Methodology*. 2005; 8(01): 19-32.
- Back AL, Curtis JR. When does primary care turn into palliative care? **West J Med**. 2001; 175(3): 150-1.
- AROUCA, S.. **Reforma Sanitária**. Disponível em:<<http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 23 abr. 2018.
- AYRES, J; R; M; (2009). **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. PONTES, A. L. M. (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Ed.:Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007. p. 29-60.
- BARROSO, J; SANDELOWSKI, M; The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. **West J Nurs Res**. 2003;25(2):153-78.
- BERGER, S.M.D.; BARBOSA, R.H.S.; SOARES, C.T.; BEZERRA, C.M. Educating Community Health Agents to face gender violence: contributions from Popular Education and feminist pedagogy.**Interface**, Botucatu, v. 18 (supl), p. 1241-1254, 2014.
- BEZERRA, J.F, LARA S.R.G., NASCIMENTO, J.L, BARBIERI, M; Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 31(1): 1-12, jan./mar., 2018.
- BEZERRA, J.F, SILVA, R.M, CAVALCANTI, L.F, NASCIMENTO, J.L, VIEIRA, L.J.E.S MOREIRA, G.A.R. conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(1): 51-59, jan./mar., 2016.
- BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. Botucavú, v.13, n.28, p.165-74, jan./mar. 2009.

BORSOI, T.S.; BRANDÃO, E.R.; CAVALCANTI, M.L.T. Actions addressing violence against women at two primary healthcare centers in the municipality of Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.165-74, jan./mar. 2009.

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.

BRANDÃO, E; (1998). Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In Cristina BruschinI & Heloísa Buarque de Hollanda (Orgs.), **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil** (pp. 5184). São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº. 485, de 1º de abril de 2014. **Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Programa Mulher Viver sem Violência**. Brasília, 2014.

Campos, G; W; S; (2000). **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230, 2000.

CAMPOS, W.L.M; **Os números da violência urbana no Brasil no século XXI**. In: www.direitonet.com.br/doutrina/artigos/x/16/63/1663/p.shtml acessado em 23 de agosto de 2018.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):31-39, jan, 2016;

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 – 2012.

CAVALCANTI, L.F. **Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual: representação e práticas dos profissionais de saúde**. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança). Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

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**. 2012;15(28):99-124.

Cavalcanti, L; F; *et al*. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1079-1091, outubro 2015.

CHAVES, M.M.N. **Concepções do serviço local de saúde de uma comunidade agroindustrial sobre o processo saúde-doença**. 2000. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Santa Catarina, Cascavel, 2000.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saude Publica**, v.16, n.1, p.129-37, 2000.

DREZETT, J. Abuso sexual contra a criança e adolescente: os desafios dos profissionais de saúde. In: **Compreendendo a violência sexual infanto-juvenil numa perspectiva multidisciplinar**. Pacto São Paulo contra a violência e exploração sexual da criança e adolescente: São Paulo; 2001.p.17-39.

EGGER, M; DAVEY S.G; ALTAMAN, D.G (Org). **Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context**. 2001. London: BMJ books.

FARAH, M. F. S. (2004). Gênero e políticas públicas. São Paulo. **Rev. Estud. Fem**, 12(1), 47-71.

FONSECA, R. M. G. S. *et al*. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, 2009 novembro-dezembro; 17(6).

FRANZOI, N.M; FONSECA, R.M.G.S; GUEDES, R,N; Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(3):[09 telas] maio-jun 2011.

FREITAS, W. M. F.; OLIVEIRA, M. H. B.; SILVA, A. T. M. C. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 457-466, 2013.

GOMES, N.P; Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc Anna Nery**. 2013 out - dez ; 17 (4): 683 – 68

GUEDES, R.N; SILVA, A.T.M.C; FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc Anna Nery**. 2009; 13(3):625-31.

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.

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.

KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L., MERCY, J. A., ZWI, A. B., LOZANO, R. (Eds.) **World report on violence and health.** Genebra: WHO (OMS), 2002.

MARTELETO, R; M; & SILVA, A; B; (2004). **Redes e capital social:** o enfoque da informação para o desenvolvimento local. *Ci Inf. Brasília*, 32(3), 41-49.

MARTELETO, R; M; (2001). **Análise de redes sociais** – aplicação nos estudos de transferência de informação. *Ci.Inf. Brasília*, 30(1), 71-81.

MARX, K. **O capital.** Rio de Janeiro: Brasiliense; 1996.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. M. (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MATTAR, R; *et al.* Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):459-464, fev, 2007.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MENEGHEL, S; N; (Org.) (2009). **Rotas Críticas II. Ferramentas para trabalhar com a violência de gênero.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

MENEZES, P. R. M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014.

MENEZES, P. R. M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014.

NJAINE, K; ASSIS, S; Gonçalves; GOMES, R; & MINAYO, M; C; S; (2006). Networks for prevention of violence: from utopia to action. *Ciênc saúde coletiva*, 11(2), 429-438, 2006.

OLIVEIRA, C.C.; FONSECA, R. M. G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):605-12.

OLIVEIRA, P.S.*et al.* Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE.**, Recife, 10(5):1828-39, maio., 2016.

ONU. **Organização das Nações Unidas: relatório:** O Estado das Cidades do Mundo 2004 – 2005; 2004.

OSIS, M. J.; DUARTE, G. A, FAÚNDES, A; Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev Saúde Pública** 2012;46(2):351-8

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. **A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde**: desafios para a formação médica. *Saúde Soc, São Paulo*, v.20, n.1, p.124-135, 2011.

PENNA, L.H.G; TAVARES, C.M. DE M.; SOUSA, E.R. The importance of the insert of the thematic "violence against the woman" in the curriculum of nursing. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, n. 2, 2004.

PORTO, M. L.; AMARAL, W. N. Violência sexual contra a mulher: Histórico e conduta. **FEMINA** | Jul.-Ago. 2014, vol. 42.nº 4.

RAMOS, C.R.A, MEDICCI, V.P.G, PUCCIA, M.I.R. Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. **Rev Inst Ciênc Saúde**. 2009;27(1):22-7.

ROSA, R.; BOING, A.F.; SCHRAIBER, L.B.; COELHO, E.B.S. Violence: concept and experience among health sciences undergraduate students. **Interface**, Botucatu, v.14, n.32, p.81-90, jan./mar. 2010.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal,1980.

RUMRILL, P.D; FITZGERALD, A.M; MERCHANT, W.R. Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. **Speaking of Research**. 2010; 35: 399-404.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina**: estudios de caso de diez países. Washington: PAHO, 2000.

SALDANHA, Olinda 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

SANTOS, J. *et al.* Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 260-270, set./dez. 2014.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B. **Quando o "êxito técnico" se recobre de "sucesso prático"**: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 16(7), 3041-3042, 2011.

SCHRAIBER, L. et al. **Violence experienced**: the nameless pain, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, L. *et al.* Violence experienced: the nameless pain, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.41-54, 2013.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-7, 2007.

SILVA, I.V; Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saude Coletiva**, v.19, sup.2, p.263-72, 2003.

SOUZA, T. M. C. REZENDE, F. F. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, ago. 2018.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. 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.

VILLELA, W. V.; LAGO, T; Atendimento de mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):471-475, fev, 2007.

WASSERMAN, S; & FAUST, K; (1994). **Social Network Analysis: methods and Applications**. Cambridge: Cambridge University Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. Geneva, 2003.

ANEXO A – Guia para leitura de estudo qualitativos

Segue abaixo o guia para leitura de estudos qualitativos (BARROSO, SANDELOWSKI, 2003). Os seguintes parâmetros devem ser utilizados em termos de presença (sim/não) e relevância (sim/não).

ITEM	S/N
1 PROBLEMA	
1.1 Está explicitado	
1.2 Está delimitado	
1.3 Tem relação com o tema sob estudo e a revisão de literatura	
1.4 Tem relação com o propósito da pesquisa ou à razão da pesquisa e não simplesmente diz que não tem estudo sobre o tema	
2 PROPÓSITO	
2.1 Existem propósitos ou questões de pesquisa claramente discerníveis	
2.2 Eles possuem relação com o problema e/ou à revisão de literatura	
2.3 As questões da pesquisa podem ser respondidas por meio da pesquisa qualitativa	
3 LITERATURA	
3.1 A Literatura relevante está incluída	
3.2 A revisão está relacionada com o problema	
3.3 A revisão reflete o conhecimento do pesquisador e o tema sob estudo	
3.4 A revisão demonstra uma atitude crítica ao contrário se simplesmente resumir os resultados das pesquisas	
3.5 A revisão revela uma lógica e aponta para o propósito da pesquisa	
4 REFERENCIAL TEÓRICO	
4.1 Há uma estrutura de referência explícita ou implicitamente colocada	
4.2 Se explícita, a estrutura da referencia está precisamente delimitada	
4.3 Se implícita, a estrutura da referencia enquadra o fenômeno	
4.4 Se explícita como uma estrutura que serve como guia, ele desempenha um papel claro no desenho da pesquisa	
4.5 A apresentação da estrutura teórica clarifica como o pesquisador caminha no seu campo de estudo	

5 MÉTODO	
5.1 Há um método implícito ou explícito	
5.2 O método permite alcançar o objetivo do estudo	
5.3 O método é claramente descrito	
5.4 O uso de técnicas relacionadas ao método é explicado quando a amostra teórica é usada	
6 AMOSTRAGEM	
6.1 O plano amostral é coerente com a proposta da pesquisa e o método empregado	
6.2 O plano amostral é propositivo	
6.3 O plano amostral é claramente descritivo	
6.4 Estratégias de recrutamento estão de acordo com o propósito da pesquisa e a estratégia amostral	
7 AMOSTRA	
7.1 O tamanho e configuração da amostra está de acordo com a proposta do estudo e a estratégia amostral	
7.2 A configuração e tamanho da amostra dão suporte à saturação teórica	
7.3 A configuração e tamanho da amostra dão suporte aos dados, de forma abrangente e holística	
7.4 A configuração e tamanho da amostra dão suporte aos resultados	
7.5 A amostra é apresentada de forma orientada no caso e não nas variáveis	
7.6 Fatores da amostragem que são cruciais à compreensão dos resultados estão descritos	
7.7 Os modos de recrutamento consideram a evolução dos resultados	
8 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS E FONTES DOS DADOS	
8.1 Técnica e fonte de coleta de dados possuem relação com os propósitos da pesquisa	
8.2 Técnicas de coleta específicas estão descritas	
8.3 Técnicas de coleta estão precisamente descritas	
8.4 As fontes de dados apresentados se configuram como fontes dos resultados	

8.5 Técnicas de coleta estão corretamente usadas	
8.6 A sequencia e tempo de coleta estão de acordo com o cada propósito da pesquisa	
8.7 Locais estão apropriados para coleta	
8.8 Alterações nas coletas foram feitas conforme necessidade do estudo	
8.9 O período de coleta está claramente explicitado	
9 MANEJO DOS DADOS	
9.1 Técnicas de manejo dos dados estão de acordo com o propósito do estudo e os dados	
9.2 Técnicas de manejo específicas estão descritas	
9.3 Técnicas de manejo estão precisamente descritas	
9.4 Técnicas de manejo estão usadas corretamente	
9.5 Há um plano claro para correlacionar as entrevistas, as observações, as documentações e outros dados	
10 RESULTADOS	
10.1 Os dados apresentados estão distinguíveis considerando o conjunto de dados	
10.2 Os resultados estão separados das discussões	
10.3 Interpretações dos dados são plausíveis e suficientes, com base no que foi coletado	
10.4 Dados são suficientemente analisados e interpretados	
10.5 Os resultados estão relacionados aos objetivos do estudo	
10.6 Variações na amostra estão demonstradas	
10.7 Análise está direcionada aos casos	
10.8 Conceitos e ideias estão bem desenvolvidas	
10.9 Conceitos são utilizados de forma precisa	
10.10 Análise dos dados enfoca dados propriamente ditos	
10.11 Resultados oferecem novas informações	
10.12 Os resultados são relevantes para o uso na atualidade	
11 DISCUSSÃO	
11.1 Está baseada nos resultados da pesquisa previamente apresentados	
11.2 Estão relacionados aos resultados de outras pesquisas	

11.3 As questões relacionadas à clínica, políticas, teoria, disciplina estão consideradas	
12 VALIDADE	
12.1 Pesquisadores mostram sua influencia sobre os estudos e sobre os participantes	
12.2 Limitações dos estudos estão explicitadas	
12.3 Técnicas de validação são usadas	
12.4 Técnicas usadas são adequadas para o estudo	
12.5 Técnicas usadas são precisamente descritas	
12.6 Técnicas usadas são corretamente usadas	
13 ÉTICA	
13.1 Benefícios e riscos estão descritos	
13.2 Técnicas de recrutamento e consentimento estão apresentadas	
13.3 Coleta e análise de dados considera a sensibilidade do participante	
13.4 Exemplos de falas dão suporte aos resultados e preservam os sujeitos	
14 FORMA	
14.1 Estilo literário tem relação com o propósito, método, etc	
14.2 Elementos da pesquisa são colocados em local que os leitores os encontrem	
14.3 Coerência lógica na apresentação	
14.4 Dados organizados	
14.5 Visual bem cuidado	
14.6 Significados numéricos de termos como maioria, alguns (most, some) estão claros	
14.7 A referencia empírica em relação aos conceitos está clara	
14.8 Temas e conceitos são apresentados de forma comparativa e paralela	
14.9 Título do artigo e das seções refletem o conteúdo do artigo e das seções	
14.10 A forma fixa a audiência do artigo	
15 PÁGINA DE ROSTO	
15.1 Citação completa	
15.2 Autores e afiliação	
15.3 Financiamento	
15.4 Agradecimentos	
15.5 Período de coleta	
15.6 Data de submissão e aceitação	

15.7 Tipo de publicação (revista, tese, conferência)	
15.8 Modo de recuperação	
15.9 Descritores e palavras-chave	
15.10 Abstract	
15.11 Data da leitura	
15.12 Propósito da leitura	
15.13 Leitor (parecerista)	
15.14 Filiação do parecerista	

ANEXO B - Portaria N° 485, de 1° de abril de 2014**PORTARIA N° 485, DE 1° 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).***

O MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 227 da Constituição, que dispõe sobre o dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

Considerando a Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei n° 10.741, de 1° de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

Considerando a Lei n° 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei n° 12.845, de 1° de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

Considerando o Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n° 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o Decreto n° 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS;

Considerando a Portaria n° 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que aprova, na forma do anexo, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria n° 1.968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.406/GM/MS, de 5 de novembro de 2004, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação;

Considerando a Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, que institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde;

Considerando a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, elaborada em 2010 pelo Ministério da Saúde;

Considerando a intersetorialidade entre as políticas de saúde e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher em vigor da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR);

Considerando as regras e as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde relacionadas ao atendimento da violência sexual e os agravos decorrentes e à atenção humanizada em situações de abortamento em vigor, que orientam gestores e profissionais de saúde no sentido da organização de estratégias e ações em saúde;

Considerando a necessidade de adequar o Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) às políticas de saúde vigentes; e

Considerando as contribuições da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ao Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípua preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede.

Art. 3º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento.

Art. 4º O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá abranger as seguintes classificações:

I - Serviço de Referência para Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência Sexual;

II - Serviço de Referência para Atenção Integral a Adolescentes em Situação de Violência Sexual;

III - Serviço de Referência para Atenção Integral às Crianças em Situação de Violência Sexual;

IV - Serviço de Referência para Atenção Integral aos Homens em Situação de Violência Sexual;

V - Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual;

VI - Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei; e

VII - Serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

§ 1º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em situação de violência sexual e o Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei poderão ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares.

§ 2º Os serviços ambulatoriais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades e outros, compõem a rede de cuidado a

pessoas em situação de violência sexual, devendo realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições.

Art. 5º Os Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando:

I - acolhimento;

II - atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;

IV - informação prévia ao paciente, 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 - atendimento clínico;

VI - atendimento psicológico;

VII - realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações:

a) data e hora do atendimento;

b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;

c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;

e

e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;

VIII - dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;

IX - exames laboratoriais necessários;

X - preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

XI - orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e

XII - orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

§ 1º Sem prejuízo da atuação do Instituto Médico Legal (IML), os estabelecimentos de saúde poderão realizar, no âmbito dos serviços de referência dispostos no "caput", a coleta, guarda provisória, preservação e entrega de material com vestígios de violência sexual, conforme o disposto no Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta dos serviços de referência dispostos no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.

Art. 6º O Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde, realizando:

I - atendimento clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com serviço de apoio laboratorial;

II - apoio diagnóstico e assistência farmacêutica; e

III - coleta e guarda de material genético.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde que organizarem a oferta do serviço de referência disposto no "caput" funcionarão em regime integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana e sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência do gestor local de saúde a regulação do acesso aos leitos em casos de internação.

Art. 7º A equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual e do Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei possuirá a seguinte composição de referência:

I - 1 (um) médico clínico ou 1 (um) médico em especialidades cirúrgicas;

II - 1 (um) enfermeiro;

III - 1 (um) técnico em enfermagem;

IV - 1 (um) psicólogo;

V - 1 (um) assistente social; e

VI - 1 (um) farmacêutico.

§ 1º Equipamentos e outros materiais necessários para o funcionamento adequado dos serviços de referência deverão estar organizados e disponíveis para os profissionais em escala de atendimento, de acordo com as normas, regras e diretrizes técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

§ 2º Os serviços de referência assegurarão a continuidade do cuidado e do acompanhamento, incluindo-se a realização dos exames regulares, de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes técnicas em vigor.

Art. 8º Os Serviços de Referência para Atenção Integral a Adolescentes e às Crianças em Situação de Violência Sexual comunicarão imediatamente ao Conselho Tutelar da respectiva localidade a suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente, de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Art. 9º O Serviço de Referência para Atenção Integral às Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual subsidiará com informações à rede intersetorial de serviços de saúde e assistência social de que trata a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso).

Art. 10. Os serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na Saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos.

Parágrafo único. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anticoncepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados nos serviços ambulatoriais às vítimas de violência sexual.

Art. 11. O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações realizará a notificação compulsória das situações atendidas através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Art. 12. O monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações constituem responsabilidade do Ministério da Saúde e das respectivas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

§ 1º O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS), em parceria com demais áreas do Ministério da Saúde, estabelecerá em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o apoio técnico para a implementação, o monitoramento e a avaliação do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações.

§ 2º O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão mecanismos de informação e comunicação à população sobre os endereços em que estejam situados os Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com os dados registrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 13. Compete ao Ministério da Saúde:

I - financiar, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária e financeira, a adequação dos espaços físicos, equipamentos e insumos para atendimento às pessoas em situação de violência sexual com coleta de informações e vestígios;

II - criar procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS para atendimento multiprofissional e interdisciplinar às vítimas de violência sexual em serviços de referência; e

III - cofinanciar as ações de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

Art. 14. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - adotar as providências necessárias para a organização do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual em suas diversas classificações;

II - orientar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no SCNES, de acordo com as classificações descritas no anexo;

III - estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços, de forma que o acesso seja ampliado e o atendimento adequado e humanizado, observada a organização das redes regionalizadas de atenção;

IV - realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação das ações e serviços para o fortalecimento das políticas de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em parceria com o Ministério da Saúde; e

V - implementar ações e estratégias de apoio intersetorial ao enfrentamento da violência sexual previstas nas normas, regras e diretrizes técnicas para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual em vigor, incluindo-se:

a) a qualificação periódica de equipes multiprofissionais;

b) o desenvolvimento de mecanismos de supervisão, apoio técnico e incorporação de tecnologias que favoreçam a qualificação e expansão do número de Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, de acordo com as potencialidades regionais e locais; e

c) a articulação dos diversos serviços de saúde a outros recursos públicos no sentido de garantir o acesso, o cuidado e os encaminhamentos necessários para a proteção, defesa de direitos e responsabilização das pessoas que cometem violências.

Art. 15. Caberá ao Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, tornar pública, inclusive no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, a relação de estabelecimentos de saúde que atenderão pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, de acordo com suas especificidades.

Art. 16. Fica incluído na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES o Serviço Especializado 165 - SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL e suas classificações, nos termos do anexo a esta Portaria.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Fica revogada a Portaria nº 528/GM/MS, de 1º de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 62, Seção 1, do dia seguinte, p. 41.

ARTHUR CHIORO

ANEXO

SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E SUAS CLASSIFICAÇÕES NO SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO
165	SERVIÇO DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	001	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		002	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL A ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		003	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		004	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL AOS HOMENS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		005	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
		006	SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI
		008	SERVIÇOS AMBULATORIAIS COM ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.