

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

DAIANE TRENTIN

**ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO
BRASIL: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

DAIANE TRENTIN

**ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO
BRASIL: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas

**FLORIANÓPOLIS
2016**

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

Trentin, Daiane

Atendimento a mulheres em situação de violência sexual em um município do sul do Brasil : análise na perspectiva da bioética / Daiane Trentin ; orientador, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas - Florianópolis, SC, 2016.
156 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Violência contra a mulher. 3. Violência sexual. 4. Bioética. 5. Equipe multiprofissional. I. Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. III. Título.

DAIANE TRENTIN

**ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO
BRASIL: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 21 de novembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.**

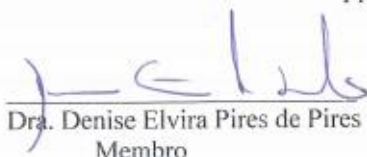


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

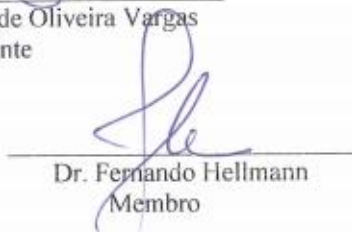
Banca Examinadora:



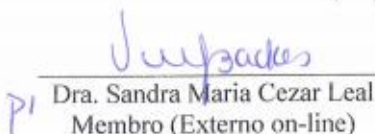
Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Presidente



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Membro



Dr. Fernando Hellmann
Membro



P¹ Dra. Sandra Maria Cezar Leal
Membro (Externo on-line)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que incondicionalmente nos proporciona dons e graças. A Nossa Senhora, Mãe e Protetora, que esteve sempre a minha vista enquanto escrevera estas linhas.

À Congregação das Irmãs do Divino Salvador por disponibilizar a oportunidade de cursar o Mestrado, apoio e orações.

Aos meus pais pelo apoio e orações.

À minha mana e amiga querida, Daniela, que comigo compartilhou momentos e pela colaboração. Obrigada!

À Comunidade Stellamaris, pela acolhida, apoio e orações.

À Comunidade Mae do Bom Conselho pelas orações e comunhão.

À Irmã Raquel Travessini pela amizade e carinho que como sempre é apoio e força em meu caminho.

À orientadora Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, professora e amiga, pelo apoio, contribuições e lapidação do trabalho.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade e contribuições.

Ao grupo de pesquisa Práxis, momentos de aprendizado e compartilhamento de conhecimentos.

À UFSC, professores e funcionários do PEN.

Às informantes-chave do campo de pesquisa e aos participantes do estudo, pelo apoio, acolhida e colaboração no desenvolvimento do projeto.

TRENTIN, Daiane. **Atendimento a mulheres em situação de violência sexual em um município do sul do Brasil: análise na perspectiva da bioética**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 156p.

RESUMO

Estudo qualitativo, de abordagem exploratória e analítica. Os objetivos foram: analisar o atendimento a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética; e investigar como os profissionais realizam a abordagem a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2016, através da entrevista semiestruturada com a equipe multiprofissional que compõe o fluxo intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência sexual, de um município localizado na região centro-norte do Estado do Rio Grande do Sul. A amostra final foi de 30 profissionais composta intencionalmente por participantes dos locais selecionados. Foram entrevistados profissionais de nível superior ou técnico, que tenham atendido ou atendem mulheres em situação de violência sexual, independente de idade, sexo, horário de trabalho e tempo de atuação. E excluídos profissionais de férias ou afastados legalmente por algum tipo de licença. A análise dos dados pautou-se na Análise de Conteúdo Temática e os dados foram organizados com o auxílio do *software* Atlas.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*). Os dados foram coletados após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, CAAE: 50935915.9.0000.0121 e Número do Parecer: 1.353.999. Os resultados encontrados a partir das entrevistas foram organizados em dois manuscritos, sendo o primeiro intitulado: Atendimento a mulheres em situação de violência sexual na perspectiva da bioética; com as categorias: princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal; princípio da não discriminação e não estigmatização; princípio da dignidade humana e direitos humanos e princípio da autonomia e reponsabilidade individual. Apresenta os problemas bioéticos que envolvem a mulher em situação de violência sexual e relatados pelos profissionais no cotidiano de atendimento. É um contexto que requer ações de proteção tanto do Estado e do profissional, e que promovam a emancipação da mulher para superar a vulnerabilidade social, discriminação e estigma imbricados na violência sexual. E o manuscrito 2: Abordagem a

mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética; composto pelas categorias: comprometimento profissional; envolvimento além do (âmbito) profissional; trabalho em equipe; intersectorialidade e instrumentalização profissional. Essa discussão demonstra o comprometimento e envolvimento presente na abordagem dos profissionais. Contudo, há resistência e fragilidades no preparo do profissional na abordagem a mulheres em situação de violência sexual, sendo então a instrumentalização uma forma de minimizar as dificuldades encontradas pelos profissionais e qualificar o atendimento. O estudo possibilitou olhar a abordagem e o atendimento à mulher em situação de violência sexual a partir dos profissionais frente à estrutura disponível do município que dispõe de serviços especializados, mas desarticulados na rede intersectorial.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência sexual. Bioética. Equipe multiprofissional.

TRENTIN, Daiane. **Care for women in situations of sexual violence in a city in southern Brazil: analysis from the perspective of bioethics.** Thesis (Master's in Nursing) – Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 156p.

ABSTRACT

Qualitative study of exploratory and analytical approach. The objectives were to analyze the care given to women in situations of sexual violence from the perspective of bioethics; and investigate how professionals perform the approach to women in situations of sexual violence from the perspective of bioethics. Data collection occurred from January to April 2016 through semi-structured interview with the multidisciplinary team that make up the inter-sectoral flow of care to women in situations of sexual violence, a municipality located in the north central region of the State of Rio Grande do Sul. The final sample was of 30 professionals intentionally composed of selected local. They were higher or technical professionals interviewed who have attended or assist women in situations of sexual violence, regardless of age, sex, working hours and time of action. And excluded Holiday professional or legally separated by some kind of license. The data analysis was guided in the Thematic Content Analysis and data were organized with the help of Atlas.ti software 7.5.6 (Qualitative Research and Solutions). Data were collected after approval by the Research Ethics Committee, via Brazil Platform, CAAE: 50935915.9.0000.0121 and number Opinion of 1353999. The results from the interviews were organized in two manuscripts, the first entitled: Care for women in situations of sexual violence from the perspective of bioethics; with the categories: principle of respect for human vulnerability and personal integrity; principle of non-discrimination and non-stigmatization; principle of human dignity and human rights and principle of autonomy and individual responsibility. It presents bioethical problems involving women in situations of sexual violence and reported problems professionals in the service every day. It is a context that requires protective actions of both the State and professional, and to promote the emancipation of women to overcome social vulnerability, discrimination and stigma intertwined in sexual violence. And the manuscript 2: Approach to women in situations of sexual violence from the perspective of bioethics; composed of the categories: professional commitment; involvement beyond the (scope) professional; team work; intersectoral and professional instrumentation. This discussion demonstrates the professional commitment, involvement

in this professional approach. However, there is strength and weaknesses in the preparation of the professional in the approach to women in situations of sexual violence, so being the instrumentalization a way to minimize the difficulties encountered by professionals and improve service. The study made it possible to look at the approach and care for women in situations and sexual violence from professionals front available structure of the city that offers specialized services but inarticulate intersectoral network.

Keywords: Violence against women. Sexual violence. Bioethics. Multi-professional team.

TRENTIN, Daiane. **Atención a las mujeres en situación de violencia sexual en una ciudad en el sur de Brasil: análisis desde la perspectiva de la bioética.** Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 156p.

RESUMEN

El estudio cualitativo, de abordaje, exploratoria y analítica. Los objetivos fueron: analizar la atención a mujeres en situación de violencia sexual, en perspectiva de la bioética; y la investigación de que como los profesionales realizan el aporte a las mujeres en caso de violencia sexual, en perspectiva de la bioética. Los datos de la encuesta fue hecha entre Enero y Abril de 2016, por medio de entrevistas semiestructurada con el equipo multiprofesional que componen el flujo intersectorial de atendimento a mujeres en situación de violencia sexual, de un municipio localizado en la región centro norte del Estado del Rio Grande del Sur. La muestra final fue de 30 profesionales hecha intencionalmente por participantes de los locales seleccionados. Fueron entrevistados profesionales de nivel superior o técnicos, que hayan atendido o atienden mujeres en puesto de violencia sexual, independientemente de la edad, sexo, horario de trabajo y momento de actuación. Fueron excluidos profesionales de vacaciones o alejados legalmente por algún tipo de permisión. La análisis de datos se engancha en la análisis de Contenido Tematico y los datos fueron organizados con el auxilio de *software* Atlas.ti 7.5.6 (*Qualitative Researchand Solutions*). Los datos fueron cogidos después de la comprobación del Comité de Ética en Encuesta, via Plataforma Brasil, CAAE: 50935915.9.0000.0121 y Número del Parecer: 1.353.999. Los resultados obtenidos a partir de las entrevistas fueron organizados en dos manuscritos, siendo el primero intitulado: Atendimento a mujeres en situación de violencia sexual en la perspectiva de la bioética, con las categorías: principio del respeto por la vulnerabilidad humana y la integridad personal; principio de la discriminación y no estigmatización; principio de la dignidad humana y los derechos humanos y el principio de la autonomía y la responsabilidad individual. Presenta los problemas bioéticos que involucra la mujer en situación de violencia sexual y reportado por los profesionales en el cotidiano de atendimento. Es un escenario que requiere puntos de protección tanto del Estado y del profesional, y que promueve la emancipación de la mujer para superar la

vulnerabilidad social, discriminación y estigma envueltos en la violencia sexual. Y el manuscrito 2: Aporte a las mujeres en situación de violencia sexual en la perspectiva de la bioética, compuesta por las categorías: comprometimiento profesional; involucrado además (ámbito) profesional; labor en equipo; intersectorial e instrumentalización profesional. Esa discusión demuestra lo comprometimiento profesional y involucrado presente en el aporte de los profesionales. Sin embargo, hay resistencia y fragilidades en el preparo del profesional en el abordaje a mujeres en condición de violencia sexual, siendo entonces, la instrumentalización una manera de minimizar las dificultades encontradas por los profesionales y cualificar el atendimento. La encuesta posibilitó ver el abordaje o aporte y el entendimiento a la mujer en situación de violencia sexual a partir de los profesionales eminentes a la estructura disponible del municipio que dispone de servicios especializados, pero desarticulados en la red intersectorial.

Palabras Claves: Violencia contra la mujer. Violencia Sexual. Bioética. Equipo Multiprofesional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BOP	Boletim de Ocorrência Policial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAVI	Clínica de Prevenção, Intervenção e Acompanhamento em Situações de Violência
CEVS	
CNDM	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CNES	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CPPG	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREAS	Comissão de Pesquisas e Pós-Graduação
CRS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DANT	
DEAM	Coordenadoria Regional de Saúde
DML	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DST	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DUBDH	Departamento Médico Legal
ESF	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
IBGE	Estratégia Saúde da Família
IML	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IPEA	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Instituto Médico Legal
LNC	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PAISM	Lista de Notificação Compulsória
PNAISM	Organização Mundial da Saúde
PNPM	O Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher
PROJUR	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
MS	Prestação Jurídica e Atendimento
RAS	Multidisciplinar as Mulheres Vítimas de Violência e Familiares
SAE	
SEMCAS	Ministério da Saúde
SINAN	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Serviço de Atendimento Especializado
SPM	Secretaria de Cidadania e Assistência Social
SUS	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCLE	Secretaria Municipal de Saúde

UBS Secretaria de Políticas para as Mulheres
UFSC Sistema Único de Saúde
UNESCO Termo de Consentimento Livre Esclarecido
VIVA Unidades Básicas de Saúde
WHO Universidade Federal de Santa Catarina
Organização das Nações Unidas para a Educação, a
Ciência e a Cultura
Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.....	37
Figura 2 – Série histórica de políticas referentes à violência contra a mulher.....	43
Figura 3 – Estrutura das etapas da Análise de Conteúdo Temática.....	59
Figura 4 – Perfil dos participantes da pesquisa.....	63
Figura 5 – Princípios bioéticos da DUBDH.....	71
Figura 6 – Bioética de Intervenção.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Legislação referente à violência contra a mulher.....	39
Quadro 2 – Legislação e normativas referentes ao atendimento (violência sexual).....	40
Quadro 3 – Legislação referente à vigilância da violência.....	41
Quadro 4 – Políticas, planos, pactos, diretrizes referentes à violência.....	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS	30
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	31
2.1 VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL	31
2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS	33
2.3 OS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	44
2.3.1 Atendimento dos profissionais da saúde.....	44
2.3.2 Atendimento nos serviços de proteção e apoio psicossocial.....	46
2.4 ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA	48
3 METODOLOGIA	53
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	53
3.2 LOCAL DO ESTUDO	53
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
3.4 COLETA DE DADOS	56
3.4.1 Entrevista	57
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	58
4 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
4.1 BENEFÍCIOS.....	61
4.2 RISCOS.....	61
5 RESULTADOS.....	63
5.1 MANUSCRITO 1 - ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA	64
5.2 MANUSCRITO 2 - ABORDAGEM A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES.....	145
ANEXOS	151

1 INTRODUÇÃO

Era uma manhã de terça-feira, no fim do corredor de um serviço de saúde, uma mulher de braços cruzados e com a cabeça recostada num gélido muro, em pé, sozinha. Por que estaria ela aí assim? Quem a viu? De onde veio? E para aonde vai?

Seria ela mais uma mulher em situação de violência sexual? Sim, mais uma mulher que compunha as estatísticas brasileiras e mundiais da violência sexual. “Dolorosos” números! E mais doloroso ainda é que eles, os números, não revelam toda a realidade das mulheres que vivem em situação de violência. A pergunta que emana da cena descrita anteriormente é: qual o “amparo” recebido e como acontece o atendimento a mulheres em situação de violência sexual? E se falarmos na perspectiva da bioética, esse atendimento responde aos direitos humanos?

Em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou a magnitude desse fenômeno, pelas consequências devastadoras e por vezes fatais na vida de milhões de pessoas. O relatório também definiu o conceito de violência como “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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p. 27).

Dentre as muitas pessoas que perdem a vida em decorrência dos diversos tipos de violência ou que carregam por toda a vida suas sequelas, optou-se por investigar as mulheres em situação de violência sexual. Embora a violência sexual não seja a mais prevalente dentre as violências que acomete mulheres, mas é evidenciada como aquela que pode causar consequências mais impactantes do que os demais tipos (BRASIL, 2012a).

Nessa perspectiva, a violência sexual expressa a desigualdade de gênero e a crueldade da violência. Atinge mulheres em todos os ciclos de vida e espaços sociais, principalmente no âmbito doméstico. Tem consequências morais, produzindo vulnerabilidades e insegurança, contribuindo para a perpetuação da cultura do estupro (BRASIL, 2012 a; BRASIL, 2015a). A cultura do estupro, termo aplicado à sociedade que justifica atos violentos masculinos, culpabilizando a própria mulher que sofreu a violência sexual, ou seja, uma prática política de controle das mulheres, atingindo-as como grupo (FERNANDES, 2015).

A violência sexual contra a mulher viola profundamente os direitos humanos (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015 a). As implicações na vida das mulheres nessa situação têm consequências duras e sofridas, quando não fatais, persistem por toda a vida (WHO, 2014; BRASIL, 2015 a). As sequelas e os problemas de saúde decorrentes da violência sexual originaram discussões que levaram a OMS, em 1996, a declarar a violência como um grave problema de saúde pública (WHO, 2014).

A exposição à violência sexual resulta em lesões físicas, risco de gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), problemas de saúde sexual e reprodutiva, até a dimensão psíquica, emocional e, em alguns casos, podendo levar à morte (WHO, 2013; WHO, 2014; BRASIL, 2012a). A violência sexual também tem impacto socioeconômico, incluindo: estigma, níveis mais baixos de participação das mulheres na política e na atividade produtiva, bem como a reprodução do ciclo de violência entre gerações (CONTRERAS et al.,2010).

O conceito de violência sexual de acordo com a OMS é

Violência do parceiro íntimo – comportamento dentro uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Essa definição cobre violência pelos cônjuges e parceiros atuais e passados. [...] Violência sexual – qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto – contudo, a definição de estupro pode variar em vários países (OMS, 2012, p.11).

Estatísticas mundiais apontam que uma em cada três mulheres relatam violência física e/ou sexual cometida por parceiros em algum momento de sua vida. No tocante à violência sexual praticada por desconhecidos, cerca de 7% das mulheres relatam terem sido violentadas sexualmente (WHO, 2013; WHO, 2014).

Um estudo da OMS em vários países revelou que em algumas nações, até 69% das mulheres declararam que já foram agredidas fisicamente e até 59% relataram violência sexual por um parceiro em algum momento de suas vidas. Estimativas demonstram que a violência sexual atinge 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo, sendo frequentes os abusos sexuais intrafamiliares, como o incesto e o estupro, e o sexo forçado cometido por parceiros íntimos (WHO, 2012; WHO, 2013). No entanto, os números não retratam a real situação das mulheres em situação de violência sexual. A invisibilidade da violência ainda é acentuada, esconde a realidade da violência vivenciada e os números registrados são a ponta de um *iceberg* (WHO, 2014).

No Brasil, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a partir de informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (MS), apontou que 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil, sendo 89% das vítimas do sexo feminino, e que, desses casos, apenas 10% são denunciados à polícia (IPEA, 2014).

Destaca-se no país a importância da ação dos movimentos de mulheres e outros segmentos da sociedade na conquista dos direitos e fomento de ações do Estado, na implementação de políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher (BRASIL, 2012a; IPEA, 2015). As reivindicações de movimentos feministas começam a obter resultados a partir dos anos 1980, com o desenvolvimento de ações de combate à violência, respaldadas em normas e órgãos internacionais de direitos humanos (BRASIL, 2011b).

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, foi um marco importante no enfrentamento da violência contra a mulher. Nesse sentido, as ações passam a ser desenvolvidas na perspectiva da intersetorialidade e integralidade do atendimento. A partir de então, as políticas públicas ampliam a abordagem, antes compreendidas como uma visão estratégica voltada para ações isoladas de capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e criação de serviços especializados (BRASIL, 2011c).

Além disso, sinaliza-se como uma das medidas importantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, lançado em 2007. Esse pacto configura-se em estratégias locais de articulação da rede intersetorial, integrando políticas e ações

governamentais e não governamentais (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011 c).

A aprovação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) também foi uma importante contribuição legislativa no enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil. Conhecida internacionalmente reformula o papel do Estado no modo de trabalhar com a violência doméstica, transcendendo o cunho criminal de punição aos agressores e incluindo medidas de assistência à saúde, proteção e apoio social à mulher (BRASIL, 2006; IPEA, 2015).

No que diz respeito à violência sexual, a publicação da primeira edição em 1999, com posteriores revisão e ampliação da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, reforça o acesso à atenção em saúde e garantia aos direitos da mulher (BRASIL, 2012 a). A referida norma traz recomendações e orientações para a equipe multiprofissional e a organização do atendimento a mulheres em situação de violência sexual, com a finalidade de auxiliar os profissionais da saúde na assistência qualificada à mulher (BRASIL, 2012 a).

Dúvidas e medos permeiam situações de violência sexual e são vivenciadas pelos profissionais que atendem a mulher. Os questionamentos suscitados no atendimento à mulher em situação de violência sexual podem ser clareados por protocolos, normas e outras publicações que fornecem subsídios para a educação permanente e guiam os profissionais no exercício de sua função (BRASIL, 2011 d; BRASIL, 2015a).

As leis, normas, políticas públicas e outras estratégias existentes no país pautam a assistência, assim como contribuem na qualificação profissional na abordagem à mulher em situação de violência sexual (BRASIL, 2011a). Dentre as leis, decretos e portarias que regem o atendimento em casos de violência sexual, destaca-se o Decreto nº 7.958/13, que estabelece diretrizes para o atendimento pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Portaria interministerial nº 288/15, que orienta a organização e integração do atendimento pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Salienta-se que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres é estruturada na perspectiva de rede, todavia não há uma portaria que estabeleça a regulamentação como é o caso das redes

prioritárias da Rede de Atenção à Saúde (RAS), organizada nas temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011 b; BRASIL, 2016). As diretrizes para organização da RAS estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010).

A violência faz parte do cotidiano de atendimento dos profissionais da saúde, por conta do acometimento da saúde das pessoas que sofrem atos violentos, com potencial de morte; pela ampliação do conceito de saúde, que passa a considerar qualquer agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida (OMS, 2012). Assim, a atuação nessa área, com profissionais capacitados no exercício da assistência, considerando o acolhimento, a notificação em casos suspeitos ou confirmados e os encaminhamentos adequados, proporciona serviços de qualidade e contribui na prevenção da violência sexual (BRASIL, 2011 a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015b).

A violência sexual requer profissionais com olhar que transcende o cotidiano da função em si. Ela é cercada pelo estigma, discriminação, medo e, na maioria dos casos, é praticada por alguém próximo, o que a torna um fenômeno “invisível” (WASELFSZ, 2015). Logo, a perspicácia da equipe da saúde é um potencial na detecção de casos de mulheres que vivem em situação de violência sexual e pode colaborar no rompimento da invisibilidade, dado que, em algum momento da vida a mulher poderá procurar um serviço de saúde (BRASIL, 2012 a; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Entretanto, mesmo sabendo-se da importância da atuação dos profissionais de saúde, o atendimento em casos de violência sexual deve ser realizado por equipe multiprofissional e em rede, por ser um fenômeno de causas multifatoriais (BRASIL, 2011 b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015a). A rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual é dividida em quatro áreas: saúde, justiça, segurança pública e assistência social (BRASIL, 2011e). Enfatiza-se que a articulação dessa rede intersetorial é importante para assegurar a integralidade do atendimento e evitar a revitimização da mulher (BRASIL, 2015a). E que o atendimento a pessoas em situação de violência sexual fundamenta-se nos princípios éticos e legais (BRASIL, 2012 a).

Ressalta-se que no atendimento de mulheres violentadas sexualmente está intrínseca a discussão na perspectiva da bioética. Optou-se, como eixo norteador da discussão, pela Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção devido à ampliação conceitual da bioética que permitiu agregar diferentes situações relacionadas à saúde pública, na busca de responder aos problemas coletivos relacionados a temas bioéticos emergentes ou persistentes, como proteção e acesso à saúde por todas as pessoas indistintamente (GARRAFA, 2012 a). Ainda, ambas as vertentes, apoiam a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). A incorporação desta declaração representou um marco histórico e um avanço para o campo da bioética, assim como a aproximação da bioética às situações persistentes que assolam as populações mais pobres do planeta (UNESCO, 2005; CAETENO; GARRAFA, 2014).

A adoção da Bioética Social na América Latina surge das diversas situações persistentes da bioética que demandam uma análise mais ampla nesses países, visto que uma análise de um ponto de vista mais individualizado, como é o caso da Bioética Principlialista, não supre as necessidades coletivas inerentes das populações mais empobrecidas (GARRAFA, 2005b; HELLMANN; VERDI, 2012). Estudos demonstram que a Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção podem responder aos clamores dos países pobres e em desenvolvimento, marcados pela desigualdade e exclusão social (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 2009; PORTO; GARRAFA, 2011; PORTO, 2014; SANTOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2014; MARQUES et al., 2014; LESSA; SCHRAMM, 2015).

A Bioética de Proteção propõe medidas de proteção às pessoas em situações de “perigo” originadas pela desigualdade social e que requer amparo do Estado na cobertura das necessidades das pessoas vulneradas. São para essas populações - as vulneradas - que a Bioética de Proteção se dirige. Populações que se encontram desprotegidas, e que por elas próprias não dão conta de defender e garantir seus direitos (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; SCHRAMM, 2011).

A Bioética de Proteção atua como uma ferramenta que busca entender a problemática da saúde pública e resolver as desigualdades de acesso ao direito mínimo de uma vida digna, enfatizando a importância do Estado na responsabilidade de proteger a integridade física das pessoas, assim como na discussão das políticas públicas, e se estas, realmente, favorecem e protegem os vulnerados (SCHRAMM, 2011).

A Bioética de Intervenção também direciona as discussões para a dimensão social. Propõe ações interventivas pautadas em tratados internacionais de direitos humanos, com vistas ao bem comum e ao benefício coletivo (PORTO; GARRAFA, 2011). As temáticas relacionadas à área da saúde, sob a ótica da Bioética de Intervenção têm, na construção e efetivação das políticas públicas, esse olhar social com fins de contemplar a coletividade, especialmente as populações carentes (FEITOSA; NASCIMENTO, 2015).

A Bioética de Intervenção defende a libertação, o empoderamento e a emancipação da pessoa. Desafia politicamente as pessoas a intervir no contexto social e assumir a construção de um mundo mais justo e solidário, com base na ética do compromisso e da solidariedade (SILVA; DRUMMOND; GARRAFA, 2011; PORTO, 2012; SANTOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2014).

Essas perspectivas ou vertentes da bioética consideram a dignidade humana e o respeito pelos direitos humanos fundamento de sua existência. Defendem pessoas vulneradas, oprimidas, em situação de relações desiguais de gênero, do racismo, da violência, de grupos ou populações pobres, que estão desprovidas das condições sociais e ambientais que proporcionam qualidade de vida (PORTO; GARRAFA, 2011).

A temática da violência sexual vem sendo apresentada e descrita em muitas pesquisas. Estudos nacionais relacionados ao atendimento a mulheres em situação de violência sexual abordam aspectos relacionados à rede intersetorial, ao atendimento dos profissionais e ao uso de protocolos (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012; SCHRAIBER et al., 2012; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; OLIVEIRA; VENTURA, 2013; BONNET; CINTRA, 2014; OLIVEIRA; FONSECA, 2014; SOUSA et al., 2014). Internacionalmente, os estudos contextualizam situações de violência sexual contra a mulher em áreas de guerras, o cuidado dos profissionais de saúde, o sistema de atendimento à saúde e a epidemiologia da violência sexual contra a mulher (AMEELE et al., 2013; CHIMAH et al., 2015; GARCÍA-MORENO, et al., 2015; STEWART et al., 2015).

Sinaliza-se, também, que há um artigo recente de revisão da literatura integrativa, que faz uma análise de estudos sobre o atendimento hospitalar a mulheres vítimas de violência sexual no contexto brasileiro à luz da bioética do risco e proteção (MESSIAS et al., 2016). No entanto, inexistem artigos que sejam oriundos de pesquisa

de campo, que tratam diretamente do atendimento a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética.

E, estudos sobre a abordagem a mulheres em situação de violência sexual na perspectiva da bioética são escassos. Em âmbito nacional, estudos encontrados versam sobre potencialidades e dificuldades da equipe multiprofissional no atendimento nas situações de violência sexual, mas é inexistente a discussão da ética profissional do ponto de vista da Bioética de Intervenção (GOMES et al., 2012; COSTA et al., 2013; OSIS; PÁUDA; FAÚNDES, 2013; HASSE; VIEIRA, 2014; PEREIRA;VIANNA, 2014; BAPTISTA et al., 2015; BARROS et al., 2015). Já na literatura internacional não foram encontrados estudos sobre o tema proposto.

Partindo dos pressupostos da bioética entende-se que estas podem nortear a discussão acerca do atendimento à mulher em situação de violência sexual, pois estes referencias congregam uma abordagem que transcende a relação profissional/ paciente, incluindo também a discussão social e dos direitos humanos nas ações instituídas no atendimento.

A atuação como enfermeira em um hospital no norte do Rio Grande do Sul, oportunizou a constatação do elevado número de notificações de violência, originando a necessidade de realização de um estudo para aprofundar esta questão. Logo, neste estudo, a partir da delimitação do tema, constitui-se como questão de pesquisa: Como os profissionais que integram os serviços de atenção à saúde, proteção e apoio psicossocial no atendimento a mulheres em situação de violência sexual em um município do Rio Grande do Sul percebem potencialidades e dificuldades no atendimento?

1.1 OBJETIVOS

- ✓ Analisar o atendimento a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética.
- ✓ Investigar como os profissionais realizam a abordagem a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresenta-se a sustentação teórica, fundamentada nos temas: violência e violência sexual; contextualização da violência e políticas públicas; os profissionais no atendimento à mulher em situação de violência e o atendimento à mulher em situação de violência sexual na perspectiva da bioética. Foi realizada uma busca de artigos científicos, via Periódicos CAPES, com limite de ano (últimos cinco anos), com os descritores: *Bioethic; Sexual Violence; Violence Against Women; Ethics; Health Personnel; Intersectoral Action; Network Support*. Os artigos encontrados estavam disponíveis na íntegra.

2.1 VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL

A partir das últimas décadas, por conta da magnitude do fenômeno violência, que atinge de forma devastadora a vida de milhões de pessoas em situação de violência, a questão ganhou proporções relevantes, sendo reconhecida como um problema de saúde pública e uma epidemia mundial (BRASIL, 2011a; OMS, 2012).

A violência sexual integra, segundo a tipologia da violência, a interpessoal. A OMS categoriza os tipos de violência em três grupos: a violência auto-infligida (contra si mesmo), a interpessoal (doméstica e comunitária) e a coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias). Entende-se por violência interpessoal a violência praticada por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas (OMS, 2002; BRASIL, 2015b).

Com relação à definição de violência contra a mulher, na década de 90, a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, 1994 - Art. 1^o) a define como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Convenção de Belém do Pará, 1994, p.1).

Assim, o entendimento da violência contra mulher se dá na perspectiva de gênero. Por gênero entende-se

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 (BRASIL, 2012 a, p. 11).

A violência sexual é a manifestação mais severa da desigualdade de gênero. A mulher é posta em uma situação de vulnerada pela dominação e diferenças discriminatórias baseadas no sexo, ferindo os direitos humanos da mulher (BRASIL, 2015a).

Para fins de notificação compulsória, o conceito de violência sexual é

qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro (a), esposo (a) (BRASIL, 2015 b, p. 40).

A violência sexual está inserida em um contexto, não podendo ser compreendida de forma individualizada. As relações desiguais de poder

presentes na sociedade e denominadas patriarcado, originam a hierarquia dos gêneros como um paradigma da força bruta que coloca a mulher em posição de subordinação. A perversidade desse pensamento coloca nas próprias mulheres a responsabilidade da culpa pelo crime sexual, fazendo com que se sintam humilhadas, envergonhadas e desonradas às vistas da sociedade (BRASIL, 2012a).

Carregar o jugo da culpabilização pela situação de violência sexual é mais uma face dura da violência contra a mulher. Esse aspecto está presente na sociedade, em que boa parcela da população ainda culpa a mulher pela violência sofrida e que também se expressa no atendimento de alguns profissionais da rede intersetorial (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; FERNANDES, 2015).

Outro lado triste da violência de gênero é o silêncio e a dificuldade de revelar a situação vivenciada pelo medo, insegurança, discriminação e estigma, originando o lado invisível da violência. A invisibilidade da violência sexual deriva por esta ocorrer predominantemente no ambiente domiciliar e, geralmente, ser praticada por conhecidos, parentes, cônjuges e ex-cônjuges. Ainda é reduzido o número de mulheres em situação de violência e, principalmente em casos de violência sexual, procurar os serviços de saúde ou outros serviços de referência para revelar a situação de violência ou fazer uma representação criminal (BRASIL, 2012a; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; WAISELFSZ, 2015).

A violência sexual - fenômeno - que perpetua a humanidade com registros históricos e permanentes precisa também de um processo constante de ações multidimensionais e intersetoriais, mudanças culturais, educativas e sociais para o enfrentamento desse fenômeno que assola a vida muitas mulheres (BRASIL, 2011b).

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

A violência sexual é uma das tipologias da violência que atinge a mulher, deixando rastros de sofrimento por muito tempo. A OMS, mediante as estatísticas alarmantes de mulheres em situação de violência desenvolveu uma série de estratégias para o enfrentamento desse fenômeno, destaque para as ações de empoderamento das mulheres e prevenção da violência (WHO, 2013; WHO, 2014).

No contexto nacional, dados do setor de segurança pública mostram que em 2014 foi registrado um estupro a cada 11 minutos, e

que 90% das mulheres relatam o medo de serem violentadas sexualmente (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2015).

Na área da saúde, a morbidade e mortalidade por causas externas (violências e acidentes) é um cenário emergente e constituem uma das maiores preocupações no setor. As violências e acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Dados do MS registraram, em 2012, que a mortalidade por violências (agressões e lesões autoprovocadas) atingiu um acréscimo de 4,6% em relação ao ano de 2011. Em 2015, casos de violência sexual foram a terceira causa de atendimentos a mulheres, segundo o SUS (BRASIL, 2015 b; WAISELFISZ, 2015).

No Rio Grande do Sul, informações do SINAN referentes às notificações de violência sexual, segundo o sexo feminino e por faixa etária, apresentam uma acentuação da violência sexual contra adolescentes e o aumento de notificações de casos de violência sexual contra a mulher adulta. Salienta-se que essas assimetrias levam em consideração o fato de que a violência sexual é subnotificada e os números são apenas um retrato parcial da realidade da situação (CEVS, 2016).

Tabela 1 – Distribuição de casos de violência sexual por faixa etária/RS – Mulher – Série Histórica/ 2010-2015 – Número de casos notificados por ano.

Faixa Etária SINAN	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
<1 Ano	15	13	19	22	19	30	118	1,4%
1-4	102	158	169	138	201	150	918	11,0%
5-9	232	291	309	328	323	312	1795	21,4%
10-14	317	403	514	571	525	504	2834	33,8%
15-19	114	154	223	218	220	214	1143	13,6%
20-34	67	97	175	181	170	177	867	10,4%
35-49	36	58	91	102	101	110	498	5,9%
50-64	10	17	32	33	30	44	166	2,0%
65-79	2	3	1	7	7	9	29	0,3%
80 e+	2	2	1	1	1	0	7	0,1%
Total	897	1196	1534	1601	1597	1550	8375	100%

Fonte: CEVS/ SINAN - em 05/02/2016

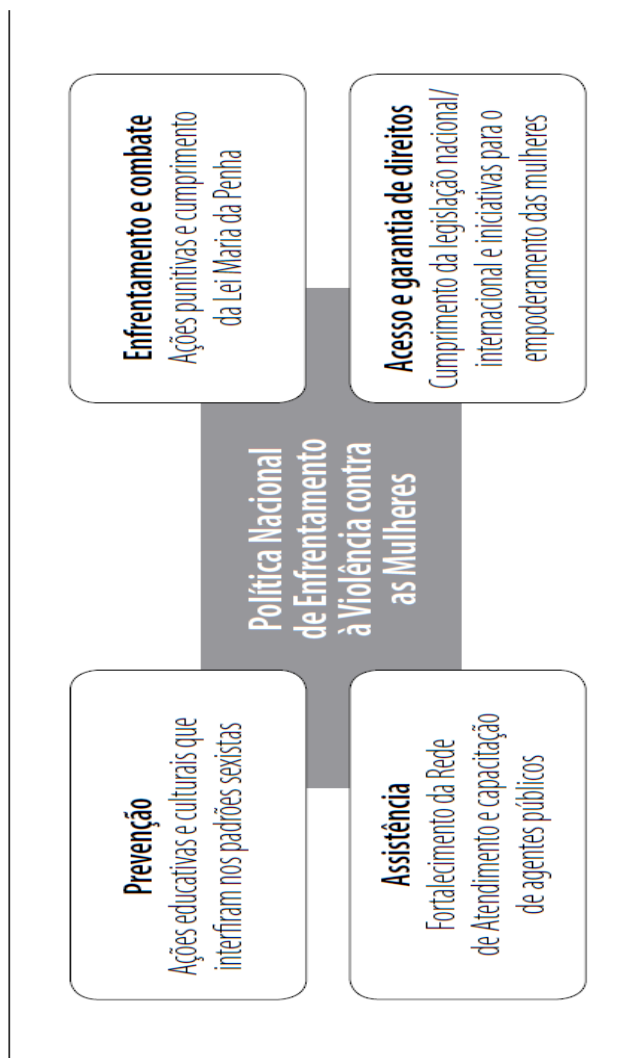
A adesão do país aos acordos internacionais como: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981), a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000), entre outras, pautaram as políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher (BRASIL, 2011b).

No século XX, a mulher passou a ser incluída nas políticas nacionais de saúde do Brasil. Nesse período, os programas eram restritos à gravidez e parto. Ao longo das décadas, houve uma evolução desses programas, ampliando o escopo para uma dimensão mais abrangente das condições de saúde em todos os ciclos de vida da mulher. Em 2004, é publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com vistas a qualificar a rede de atendimento às múltiplas faces da violência, na esfera estadual e local (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres está organizada de acordo com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que por sua vez foi organizado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2011b). A política mencionada promove em âmbito local a articulação da rede de enfrentamento e atendimento às mulheres em situação de violência, de forma a integrar políticas e ações governamentais, não governamentais e da comunidade (BRASIL, 2011b).

O esquema a seguir demonstra a organização da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres no Brasil, que, embora estruturada na perspectiva de rede, não está regulamentada por uma portaria como as redes prioritárias da RAS (BRASIL, 2011 b; BRASIL, 2016).

Figura 1- Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres



Fonte: Brasil, 2011b, p. 26

A Rede de Enfrentamento da violência contra a mulher objetiva efetivar os eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres conforme a Figura 1. Essa rede inclui a ação articulada entre setores governamentais, não governamentais e sociedade civil (além das três esferas governamentais, ONGs, conselhos de direitos das mulheres, universidades, serviços especializados e não especializados de atendimento, entre outros). Já a Rede de Atendimento, parte integrante da Rede de Enfrentamento às mulheres em situação de violência, envolve propriamente os serviços, especialmente, da área da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde (como hospitais, saúde pública, medicina legal, ministério público, delegacias especializadas, entre outras) no atendimento à mulher em situação de violência (BRASIL, 2011 e).

A legislação e políticas acerca do enfrentamento da violência sexual contra a mulher vêm de longa data sendo desenvolvidas, reelaboradas e atualizadas por diferentes áreas governamentais. Nos Quadros 1, 2, 3, 4 e 5 apresenta-se uma síntese das ações nacionais referentes à violência sexual e outras violências contra a mulher, pesquisadas nos sites: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>; <http://bvms.saude.gov.br>; http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publ_ano; <http://www.brasil.gov.br>.

Quadro 1 – Legislação referente à violência contra a mulher

Lei/Decreto	Violência contra a mulher
Decreto-Lei nº 2.848 de 07/12/1940	Código Penal Brasileiro - Define o crime de estupro
Decreto nº 89.460 de 20/03/1984	Promulga a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Contra a Mulher/CEDAW (1979)
Decreto Legislativo nº 107 de 31/08/1995	Aprova o texto da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, assinada em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
Lei nº 10.714 de 13/08/2003	Autoriza o poder executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher.
Decreto nº 5.030 de 31/03/2004	Institui o grupo de trabalho interministerial para elaborar proposta de medida legislativa e outros instrumentos para coibir a violência doméstica contra a mulher, e dá outras providências.
Lei nº 11.340 de 07/08/2006	Conhecida como Lei ‘Maria da Penha’, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
Lei nº 12.015 de 07/08/2009	Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.
Decreto nº 7.393 de 15/12/2010	Dispõe sobre o funcionamento do Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher
Decreto nº 8.086 de 30 de agosto de 2013	Institui o Programa Mulher: Viver Sem Violência; e dá outras providências.
Lei nº 13.104 de 09/03/2015	Altera o art. 121 do decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - código penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

Quadro 2 – Legislação e normativas referentes ao atendimento (violência sexual)

Lei/Decreto/ Portaria/Norma Técnica	Atendimento em situações de violência sexual
Norma Técnica 2005/ 2010	Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs.
Norma Técnica 1999/ 2012	Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.
Decreto nº 7.958 de 13/03/2013	Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos (as) profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.
Lei nº 12.845 de 01/08/2013	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
Portaria nº 485 de 01/04/2014	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.
Portaria Interministerial SPM/MJ/MS nº 288 de 25/03/2015	Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos (as) profissionais de segurança pública e pelos (as) profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.
Norma técnica 2015	Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.

Quadro 3 – Legislação referente à vigilância da violência

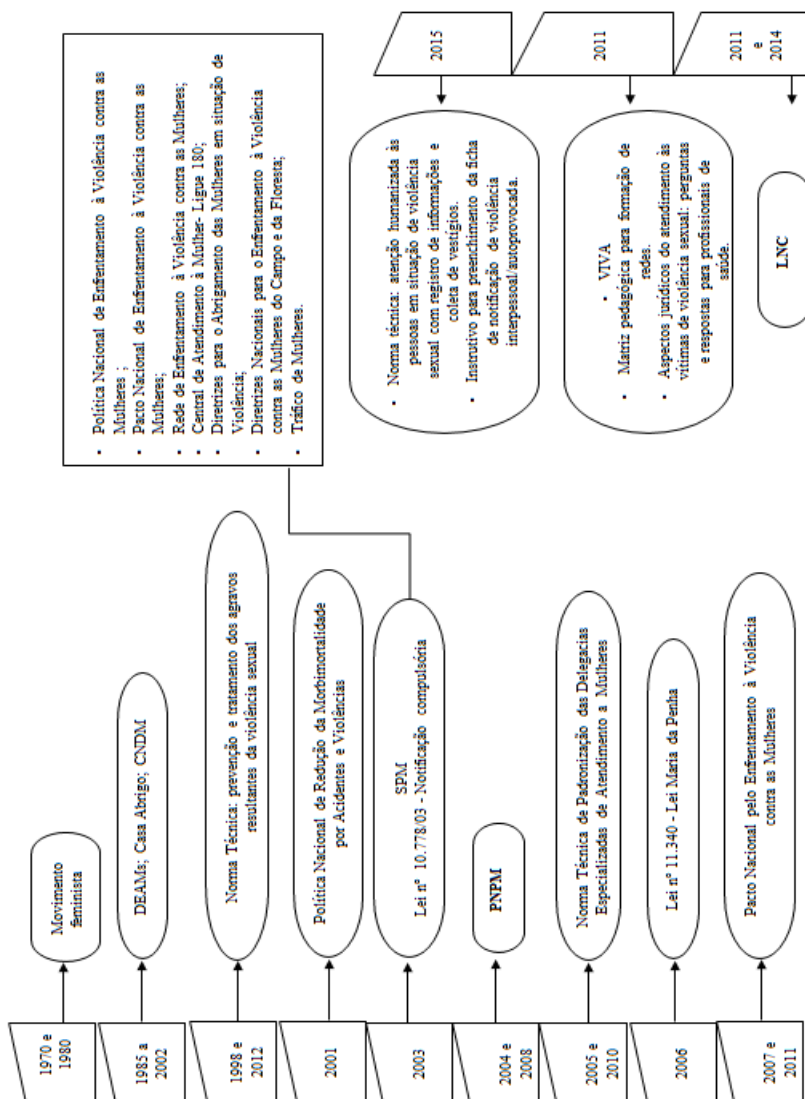
Portaria	Vigilância da violência
Lei nº 10.778 de 24/11/2003	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
Portaria nº 104/GM/MS de 25 de janeiro de 2011	Define a relação de doenças, agravos 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.
Portaria nº 1.271/GM/MS de 6 de Junho de 2014	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

Quadro 4 – Políticas, planos, pactos, diretrizes referentes à violência

Políticas/ Planos/ Programas/ Pactos/ Protocolos/Diretrizes	Violência
Programa (1983)	Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher
Política (2001)	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
Plano (2004/2008)	I e II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
Política (2004)	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Pacto (2007/2011)	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
Política (2011)	Tráfico de Mulheres; Política Nacional de Enfrentamento
Política (2011)	Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
Política (2011)	Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
Diretrizes (2011)	Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e de Violência
Plano (2013 a 2015)	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
Política (2014)	Política Nacional de Promoção da Saúde
Protocolo /Diretrizes (2015)	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-exposição de Risco à Infecção pelo HIV
Protocolos/Diretrizes (2016)	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis
Diretrizes (2016)	Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres

O compilado sobre o histórico das principais publicações do enfrentamento à violência contra a mulher apresenta as políticas desenvolvidas no Brasil, voltadas direta ou indiretamente para a mulher, está demonstrado conforme a Figura 2:

Figura 2 – Série histórica de políticas referentes à violência contra a mulher



Fonte: Trentin, 2016

As políticas públicas nacionais buscam responder à complexidade da violência sexual contra a mulher. Construídas na perspectiva de rede, de caráter transversal e intersetorial, têm a finalidade de contemplar a saúde, proteção e apoio psicossocial à mulher. A sensibilização e o compromisso de profissionais, gestores e serviços são fundamentais na concretização das políticas e no trabalho pelo fim da violência contra a mulher (BRASIL, 2011b).

2.3 OS PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres no que diz respeito à assistência a mulheres em situação de violência prioriza garantir o atendimento humanizado, qualificado e integral, através de equipe multiprofissional e habilitada; acesso a serviços especializados; com articulação das três esferas governamentais, entidades não governamentais e sociedade civil (BRASIL, 2011b). A Rede de Atendimento à mulher em situação de violência sexual compreende serviços de diferentes setores (BRASIL, 2011e). Os profissionais desses serviços atuam na atenção à saúde, proteção e apoio psicossocial.

2.3.1 Atendimento dos profissionais da saúde

O conhecimento da legislação vigente e dos protocolos agrega segurança e preparo ao profissional na assistência de casos de violência sexual. Saber de seus deveres e obrigações, e perceber também os sentimentos que esse tipo de atendimento comporta, possibilita enfrentar o desafio que representa atender casos de violência sexual que, por vezes, alguns profissionais da saúde demonstram resistência nesse tipo de atendimento (BRASIL, 2013 a). Outra questão importante é conhecer os serviços de referências existentes no município, em que a articulação do profissional da saúde com esses locais favorece agilidade no atendimento à mulher, auxiliando-a a tomar a decisão sobre a melhor alternativa no seu caso (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Os serviços de saúde têm importância fundamental nas situações de violência sexual. Seja na intervenção em casos com comprometimento físico, necessitando, portanto de assistência hospitalar ou na saúde pública. Seja nas situações de violência crônica,

oculta pela depressão, ansiedade, e outros sintomas emocionais e físicos, em que a mulher poderá procurar a área da saúde, com alguma necessidade e ser esse, um momento propício para identificação da violência sexual (BRASIL, 2012 a).

A violência contra a mulher foi declarada como um grave problema de saúde pública pela OMS e MS, na década de 1990. Este reconhecimento da violência com a interface da saúde atribui ao profissional a responsabilidade no atendimento e o entendimento que a saúde transcende o conceito como apenas uma área curativa, reparadora dos danos gerados pela violência, mas que tem caráter preventivo e articulado com as demais áreas da rede intersetorial (HASSE; VIEIRA, 2014).

A atitude do acolhimento à mulher em situação de violência sexual, uma das responsabilidades do profissional da saúde, minimiza o trauma vivenciado, auxilia no restabelecimento e superação das sequelas causadas pela violência sexual. Nesse sentido entende-se por acolher “o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência (BRASIL, 2012 a, p.21)”. O acolhimento e o respeito à mulher nos serviços promovem a assistência qualificada e o acesso aos serviços da rede, estabelecendo um vínculo de aproximação entre os profissionais e as mulheres (PEREIRA; VIANNA, 2014).

Reiterando a importância da saúde na rede intersetorial, a Atenção Básica é uma das portas de entrada para mulheres em situação de violência sexual, assim a vigilância e investigação podem identificar precocemente os casos, colaborando para a visibilidade da violência (GOMES et al., 2012). Embora, em muitas situações a Atenção Básica precise fazer encaminhamentos para serviços especializados, é também desse serviço a responsabilidade de atender casos de violência sexual (BRASIL, 2013 a).

O atendimento hospitalar segue as recomendações da Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012 a) e envolve o atendimento prestado por equipe multiprofissional, incluindo o serviço de enfermagem, assistência social, psicologia e medicina. É proporcionado o atendimento de urgência com objetivo de garantir a intervenção oportuna nos casos, bem como atenção integral à saúde, na perspectiva de evitar implicações mais graves para a mulher como gravidez, HIV/AIDS (BRASIL, 2012 a).

São realizados os procedimentos que compreendem: o acolhimento, a anamnese e/ou entrevista, consulta médica, exame físico, ginecológico e complementares, administração de medicamentos para prevenção de ISTs, anticoncepção de emergência e Kit com os antirretrovirais. Portanto, no “contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual, em qualquer idade, deve ser organizada mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada” (BRASIL, 2012 a, p.17).

Outro procedimento a ser realizado pelos profissionais da saúde, em casos suspeitos ou confirmado de violência sexual, é a notificação compulsória e imediata da violência sexual para a vigilância epidemiológica, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014 (BRASIL, 2014). Salienta-se ainda que a Lei nº10. 778, de 24 de novembro de 2003, já estabelecia a obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados, e, em 2011, por meio da Portaria nº104 de 25 de janeiro, a violência doméstica e sexual foi incluída na Lista de Notificação Compulsória (LNC) (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que os fluxos internos de atendimento seguem a norma supracitada, mas são estabelecidos pelas unidades de saúde e hospitais de referência, e devem considerar particularidades e intervenções pertinentes em cada caso. O uso de protocolos é um facilitador no atendimento, fundamenta as ações do profissional com segurança, coerência, uniformidade e equidade, atendendo cada situação de acordo com as possibilidades que o caso exige (BRASIL, 2012 a).

Em suma, os profissionais da saúde são referência para concretizar e articular as políticas de saúde. Compete aos gestores municipais e às instituições nos diferentes níveis de atenção à saúde, garantir cada etapa do atendimento, assegurando a acessibilidade à rede a todas as mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2012 a).

2.3.2 Atendimento nos serviços de proteção e apoio psicossocial

Os serviços de proteção que integram a Rede de Atendimento como Instituto Médico Legal (IML) ou Departamento Médico Legal (DML), serviços de assistência jurídica, serviços de assistência social, entre outros, buscam assegurar segurança pública e garantia dos direitos à mulher em situação de violência. Salienta-se que o DML exerce uma função importante na rede, especialmente nos casos de violência física e

sexual, pela coleta de provas, necessárias no processo judicial e na condenação do agressor (BRASIL, 2011 e).

Outro aspecto importante que objetiva evitar a revitimização da mulher, assegurar o acesso ao atendimento integral e humanizado em situações de violência sexual, assim como o combate à impunidade, é a publicação da Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Essa norma “trata das situações em que há possibilidade de realização do registro de informações e coleta de vestígios da violência sexual pelos (as) médicos (as) do SUS nos serviços de referência aptos/habilitados para este atendimento” (BRASIL, 2015 a, p.21). Ressalta-se que os serviços de saúde não substituem a função e responsabilidade da medicina legal e segurança pública (BRASIL, 2015 a).

A Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), outro serviço de proteção, é fruto do movimento feminista e de mulheres na luta pelos direitos humanos e atenção mais rigorosa e humanizada à violência contra a mulher. As DEAMs integram as ações das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil e a rede intersetorial de atendimento, trabalhando de forma articulada com outros serviços. Desempenham funções importantes como prevenção, repressão, apuração, investigação e enquadramento legal (BRASIL, 2010).

As DEAMs seguem recomendações como

as mulheres sejam atendidas de forma especializada, com privacidade, que recebam orientações sobre medidas futuras e que tenham acesso a todos os demais serviços da rede de atendimento, desde centros de referência até a justiça, passando pelo Instituto Médico Legal (IML), serviços de saúde e de assistência social (OSIS; PÁDUA; FAÚDES, 2013, p. 322).

O atendimento desses casos pelas DEAMs segue as orientações da Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2010). Elaborada em 2005, essa norma foi revisada e atualizada em 2010, por ocasião da promulgação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/ 2006), que reforçou a atuação das DEAMs e conferiu novas atribuições segundo os princípios que regem a Lei Maria da Penha. Nesse sentido, os profissionais devem qualificar-se

de forma a atender a complexidade e singularidade dos casos de violência sexual e demais tipologias da violência, respondendo às recomendações da proteção e garantia dos direitos às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2010).

O panorama jurídico da legislação federal sobre o atendimento em casos de situação de violência sexual foi descrito em um estudo que identificou normas federais vigentes e o papel atribuído aos profissionais no atendimento. Evidenciou que a legislação preconiza a assistência multiprofissional, especializada e humanizada (OLIVEIRA; VENTURA, 2013).

O apoio psicológico e social à mulher em situação de violência sexual no processo integral do atendimento é necessário e fundamental para o restabelecimento da pessoa. Por deixar marcas e interferir na saúde da mulher, tanto física, sexual, reprodutiva e principalmente psíquica, o acompanhamento psicossocial na rede auxilia a mulher na reestruturação emocional, na retomada das atividades sociais e inerentes do cotidiano da vida (WHO, 2013; BRASIL, 2010). Referente ao atendimento psicológico, este deve ser prestado preferencialmente no atendimento inicial, seguindo por todo o período de acompanhamento da mulher e mantido pelo tempo que for necessário (BRASIL, 2012 a).

O acesso aos serviços de proteção e apoio psicossocial possibilita à mulher tratar as “feridas” emocionais, a lidar e superar as consequências nefastas da violência sexual, de modo a buscar seus direitos e viver uma vida digna.

2.4 ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

O conhecimento da legislação é um dos aspectos que devem ser considerados no atendimento a mulheres em situação de violência sexual. Desse modo, infere-se que para os profissionais adquirirem competências éticas, os mesmos devem incorporar conhecimentos e vivências a partir de uma discussão bioética mais contextualizada e que atualize a complexidade da temática.

A bioética como campo aplicado da ética começa a ampliar seu espaço em âmbito acadêmico, na ciência e sociedade a partir da década de 1970. Inicialmente o modelo de análise bioético habitualmente utilizado na maioria dos países foi a Bioética Princípalista, modelo biomédico, tem em Beauchamp e Childress (1979) seus princípios defensores, propondo quatro princípios: autonomia, beneficência,

justiça, com posterior acréscimo do quarto, não maleficência (GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

No entanto, a partir dos anos 1990, críticas fundamentadas na insuficiência para responder às necessidades das nações em desenvolvimento ou empobrecidas, surgem à universalidade do principialismo bioético (GARRAFA, 2005 b; GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016). As limitações dos quatro princípios acima descritos, para enfrentar e sanar problemas coletivos das populações pobres e excluídas justifica a adoção das novas propostas da bioética na América Latina. Essas vertentes buscam dar conta das situações de vulnerabilidade na área da saúde e social, priorizando a proteção, igualdade e equidade (PORTO, 2014).

A ampliação conceitual da bioética voltada para questões biomédicas e biotecnológicas no sentido de uma Bioética Social é fortalecida pela homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 2005 (UNESCO, 2005; GARRAFA, 2012 a). O caráter humano e social advindo dessa ampliação conceitual permitiu aproximar a ética dos direitos humanos de modo a exercer a bioética comprometida com os mais vulneráveis e especialmente na dimensão da saúde coletiva (GARRAFA, 2012 a).

A Bioética Social, termo aplicado aos novos referenciais da bioética na América Latina, nasce a partir da crítica ao modelo do principialismo que, apesar da reconhecida praticidade e utilidade para a análise de situações práticas clínicas e em pesquisa, é insuficiente para responder aos altos índices de exclusão social em países em desenvolvimento como o Brasil (HELLMANN; VERDI, 2012; SANTOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2014). Entre os referenciais que compõem a Bioética Social, discutiremos a Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção.

A Bioética de Proteção é uma reflexão vinculada aos conflitos na saúde pública, mas que se estende aos problemas da prática humana sobrevivendo da biotecnociência, biopolítica e globalização (SCHRAMM, 2011). A Bioética de Proteção na saúde pública refere-se aos problemas de justiça no acesso aos recursos, em ações epidemiológicas preventivas e em políticas de saúde pautadas na vulnerabilidade, suscetibilidade, necessidade e pobreza (KOTTOW, 2009; SCHRAMM, 2011).

A Bioética de Proteção pode ser entendida como uma caixa de ferramentas teóricas e práticas para resolução de forma justa de conflitos

na saúde pública, considerando as assimetrias entre pessoas que tem poder e aqueles que não possuem empoderamento para enfrentar tais conflitos, podendo ser classificados também como suscetíveis ou vulnerados (SCHRAMM, 2011).

Nesse sentido, a Bioética de Proteção se refere às pessoas e populações propriamente vulneradas. “Quando um ser humano sofre de alguma incapacidade – debilidade, enfermidade, deficiências físicas incapacitantes – deixa de ser meramente vulnerável e se converte em “vulnerado”, requerendo ações de proteção terapêutica” (KOTTOW, 2009, p. 37).

Logo, para esse referencial, que considera as desigualdades sociais no contexto das nações, é preciso ter claro a distinção entre a vulnerabilidade, característica humana, em que todas as pessoas são vulneráveis pela condição humana; e a suscetibilidade que é uma lesão sofrida por grupos sociais e indivíduos, ou seja, somente algumas pessoas são suscetíveis ou vulneradas (KOTTOW, 2009).

O Estado, na reflexão da Bioética de Proteção, tem o dever moral de proteger os vulnerados, comprometendo-se com a promoção da saúde na dimensão de ética da responsabilidade social, assegurando qualidade de vida (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). No entanto, na falta do Estado, segmentos sociais como a saúde pública, a sociedade civil e grupos de ajuda também podem proteger os suscetíveis (KOTTOW, 2009).

A Bioética de Intervenção é uma proposta conceitual e prática, que analisa de forma ampla os conflitos sociais e da saúde numa perspectiva coletiva, relacionados a situações emergentes e persistentes da bioética (GARRAFA, 2012 a). Temas emergentes são aqueles que decorrem de avanços tecnológicos, tráfico de órgãos, projeto genoma humano, entre outros. As situações persistentes, por sua vez, envolvem temas crônicos, como exclusão social, discriminações de gênero, raça, sexualidade, fome, eutanásia e direitos humanos (FEITOSA; NASCIMENTO, 2015).

As ações de intervenção dessa proposta fundamentam-se em tratados de direitos humanos internacionais. No âmbito público, defende políticas que contemplem o coletivo, o bem comum; e, em âmbito individual, busca a libertação, o empoderamento e a emancipação da pessoa, de modo a proporcionar a inclusão social e o exercício da cidadania (PORTO; GARRAFA, 2011). Para a Bioética de Intervenção, a inclusão social é a ação cotidiana das pessoas, como um processo no

qual os sujeitos sociais articulam e direcionam suas ações (GARRAFA, 2005 a).

A incorporação de categorias como libertação, empoderamento, emancipação, entre outras, juntamente com os 4 Ps: prevenção (de possíveis danos), precaução (frente ao desconhecido), prudência (com relação aos avanços e “novidades”) e proteção (dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos) são imprescindíveis para o exercício da bioética com os mais vulneráveis, com o setor público e com o planeta (GARRAFA, 2012 a).

No que diz respeito à DUBDH, esta apresenta princípios a ser aplicados em situações que exige tomada de decisões ou nas práticas adotadas. “Os princípios devem ser entendidos como complementares e interdependentes. Cada princípio deve ser considerado no contexto dos outros, na medida apropriada e pertinente, de acordo com as circunstâncias” (UNESCO, 2005, p.11).

A libertação “implica em mais do que o simples reconhecimento da existência do poder. Ela, necessariamente, aponta para o *locus* aonde se instalam a força capaz de obrigar à sujeição, e a fragilidade, manifesta na incapacidade de desvencilhar-se da submissão” (GARRAFA, 2005 a, p. 128). A Bioética de Intervenção se apropria da libertação no sentido individual e coletivo (SILVA; DRUMMOND; GARRAFA, 2011).

Sobre o empoderamento diz-se que

este sujeito constituído é repleto de necessidades e está inserido em uma cultura que pode desnudá-lo de si mesmo, imprimindo ainda mais necessidades que não são concedidas como direitos, expondo a pessoa como um ser frágil e vulnerável. Para que ele se constitua em um ser de direitos, necessita de ser empoderado para que tenha voz ativa sobre si mesmo e sobre seu construto social. Ele deve ter direitos e deveres sobre seu próprio corpo e sobre as decisões que serão tomadas e que se referem a ele mesmo (SILVA; DRUMMOND; GARRAFA, 2011, p.116).

A emancipação possibilita a pessoa fazer suas escolhas, a pensar e agir por si mesma (SILVA; DRUMMOND; GARRAFA, 2011). É também uma ferramenta que direciona a luta pela libertação na dimensão coletiva,

emancipação significa alforria, independência, liberdade, o caminhar que se inicia com a

libertação. Só é emancipado aquele que suprimiu sua dependência, que alcançou o domínio sobre si mesmo e pode garantir não apenas a sobrevivência, mas suas escolhas frente aos meios de alcançar essa sobrevivência. O poder sobre si mesmo é o que outorga a emancipação, tornando a pessoa imune às forças que buscam sua sujeição. Portanto, suprimir a dependência é pré-condição para a emancipação, e isso vale tanto para a pessoa quanto para o Estado (GARRAFA, 2005a, p. 129).

As situações geradas pela desigualdade social, como a extrema pobreza, o desemprego, a fome, problemas na área da saúde, educação, entre outros, compõem o centro da discussão da Bioética de Intervenção, assim como medidas sanitárias que beneficiem a coletividade da população dos países pobres, em que as lutas destes povos são incessantes por condições mínimas de sobrevivência e vida digna, pelos direitos humanos e pelo exercício da cidadania (PORTO; GARRAFA, 2011; SANTOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2014).

Nesse sentido, a vulnerabilidade social “tem relação com a estrutura de vida cotidiana das pessoas” (GARRAFA, 2012 b, p. 14). Recorda a fragilidade, a desproteção, o abandono, as populações desfavorecidas e os diferentes modos de exclusão social (GARRAFA, 2012 b).

Assim, a discussão da bioética surge para contribuir na procura de respostas equilibradas ante os conflitos atuais, na deliberação das formas de intervenção a serem planejadas, na priorização das ações, na formação de pessoal, na responsabilidade do Estado frente aos cidadãos, principalmente aqueles mais frágeis e necessitados (GARRAFA, 2005 b).

O cenário social nacional, que é semelhante ao de países marcados pela pobreza e desigualdades, tem em sua sociedade a dignidade humana e os direitos em “perigo” pelo “mal” que a desordem da ganância, do individualismo e do irracionalismo humano acende. Portanto, as ações e políticas públicas devem direcionar-se em prol do coletivo, protegendo aqueles que encontram-se em situações desfavoráveis de uma vida digna, aqui, de mulheres que anseiam em viver livres da sombra da violência sexual.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de abordagem exploratória e analítica. A pesquisa qualitativa é aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, percepções e opiniões, resultado das interpretações do ser humano referentes ao modo de viver, de sentir e de pensar. É adequada para investigações de grupos e segmentos delimitados de histórias sociais à luz dos sujeitos, de relações e para análise de discursos (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória tem por objetivo explorar e tornar o problema de pesquisa mais explícito, possibilitando desvelar processos sociais e construir hipóteses. Envolve entre outras, entrevistas com pessoas com experiências práticas referentes ao problema pesquisado. A pesquisa analítica avalia em profundidade as informações na busca de explicar o contexto do fenômeno do estudo (GIL, 2007; MINAYO, 2014).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado com profissionais da equipe multiprofissional que compõem o fluxo intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência sexual do município, sendo: 2 (dois) hospitais de referência, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que coordena o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Estratégia Saúde da Família (ESFs); Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS) que coordena o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e a Casa Abrigo; DEAM; Ministério Público; e o projeto de extensão da Universidade de Passo Fundo (UPF): Clínica de Prevenção, Intervenção e Acompanhamento em Situações de Violência (CEPAVI). No decorrer das entrevistas surgiram por parte de algumas falas dos participantes da pesquisa os seguintes serviços: o DML e o projeto de extensão da UPF: Prestação Jurídica e Atendimento Multidisciplinar as Mulheres Vítimas de Violência e Familiares (PROJUR/Mulher). Esses locais prestam atendimento a mulheres em situação de violência sexual. Foi solicitada a autorização para entrevista e, após autorização, a execução da mesma.

Os locais selecionados consideraram o universo dos serviços do município em que as mulheres em situação de violência sexual têm

possibilidade de buscar atendimento. O levantamento foi realizado a partir de uma reunião com a finalidade de apresentar os objetivos da pesquisa, bem como solicitar a indicação dos locais de atendimento do município. Essa primeira reunião ocorreu entre a pesquisadora e a coordenadora da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul; e com a coordenadora da Vigilância em Saúde do município. Cabe ressaltar que as coordenadoras das DANTs e Vigilância em Saúde foram as informantes-chave do estudo, informando assim os locais para as entrevistas. Na escolha das UBSs e ESFs, utilizou-se como critério de intencionalidade: as 2 (duas) UBSs e ESFs indicadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica (subconjunto da Vigilância em Saúde) do município com maior número de notificação de casos de violência sexual. O acesso a esse dado ocorreu através do SINAN.

A SMS desenvolve ações com finalidade de bem-estar físico, mental e social da população, através da implementação plena do SUS. Promove o controle de fatores que exerçam efeitos nocivos ao ser humano, fomentando a integração de ações de saúde. Está sob responsabilidade da SMS, entre outros órgãos, as UBSs, ESFs e a Vigilância em Saúde, esta compreende a Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica. O Núcleo de Vigilância Epidemiológica, por sua vez, coordena o SAE. O SAE é um serviço que oferece algumas especialidades na área da saúde para atendimento da população. Um dos serviços, o DST/AIDS, disponibiliza médico infectologista, enfermeira, psicólogo, assistente social para atendimento e acompanhamento, entre outros casos, de vítimas de violência sexual. São realizados exames laboratoriais, testes rápidos e de acompanhamento (PPF, 2015).

O atendimento na saúde pública é realizado, entre outros locais, pelas ESFs, que, por meio da equipe multiprofissional, desenvolvem um trabalho voltado à promoção do acesso aos serviços, estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, e a continuidade do cuidado. Já as UBSs dispõem de serviços de acolhimento aberto em saúde mental, serviço de triagem especializado, atendimentos de acordo com as demandas prestados por equipe multiprofissional e atendimentos individuais (gestantes, situações de violência, situação de risco de suicídio, crianças, adolescentes, adultos e idosos) (PPF, 2015).

A SEMCAS tem como missão realizar ações em prol da população em circunstâncias de vulnerabilidade social e coordena o CREAS e a Casa de Apoio à Mulher Vítima da Violência - Casa Maria da Penha (Casa Abrigo). A Casa acolhe mulheres em situação de

violência doméstica e faz encaminhamento a consultas, dentistas, medicações, assistência jurídica (PPF, 2015).

Os hospitais de referência no atendimento de casos de mulheres em situação de violência sexual são de grande porte e alta complexidade, prestam serviço de emergência 24h, com equipe multiprofissional na área de assistência social, enfermagem, medicina e psicologia (BRASIL, 2016).

Na área da segurança pública a DEAM e o DML são responsáveis pelos encaminhamentos legais para criminalização dos agressores e solicitação dos exames periciais. A DEAM, que faz parte da estrutura da Polícia Civil, realiza ações como registro da ocorrência através do Boletim de Ocorrência Policial (BOP), abertura do inquérito policial, apuração e investigação, entre outras. Ao DML compete a elaboração do laudo para prova criminal, bem como a coleta de evidências materiais dos crimes sexuais. Os procedimentos são realizados por médicos peritos (BRASIL, 2011e).

O Ministério Público é uma instituição permanente, encarregado da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Dentre as áreas de atuação de Promotores e Procuradores de Justiça, destaque para a área criminal e a defesa da cidadania e dos direitos humanos (BRASIL, 2015).

O CEPAVI é um projeto de extensão da UPF que atende vítimas da violência doméstica e os agressores. Presta atendimento psicoterápico individual, em grupo ou familiar (UPF, 2015). Já o PROJUR/ Mulher, outro projeto de extensão da UPF, desenvolve atividades de atendimento jurídico às mulheres vítimas de violência e aos filhos acolhidos na Casa Abrigo/Maria da Penha do município. O atendimento jurídico e multidisciplinar de qualificação, fornecido pelo projeto, possibilita a instrumentalização da mulher para romper o ciclo de violência. O PROJUR/ Mulher também objetiva sensibilizar a comunidade sobre os direitos da mulher e seu papel na família e na sociedade (UPF, 2016).

A escolha do local de pesquisa deu-se pela proximidade da pesquisadora com o município, pela atuação como enfermeira em um dos hospitais do município, de modo particular, na notificação de casos de violência sexual contra a mulher.

O município está localizado na região centro-norte do Estado do Rio Grande do Sul, conhecida como Planalto Médio. É chamada a Capital Nacional da Literatura, pelo fato de sediar o maior debate literário da América Latina, a Jornada Nacional de Literatura, realizada bianualmente desde 1981. No plano cultural, a cidade é sede do Festival

Internacional de Folclore, que também acontece bianualmente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, o município possuía uma população estimada de 195.620 habitantes (IBGE, 2015; UPF, 2012).

A cidade é denominada a capital do Planalto Médio gaúcho, por ser polo universitário, cultural e referência em saúde, abrangendo mais de 300 municípios. Sua economia está baseada no agronegócio, no setor de serviços, comércio e na indústria (PPF, 2015).

Referência na área da saúde, o município é um polo regional de saúde, possui um dos mais modernos centros médicos do sul do Brasil, hospitais e centros médicos atualizados, ambulatórios de atendimento básico e especializado. O sistema hospitalar conta com serviços de alta complexidade, abrangendo internações, diagnósticos, tratamentos oncológicos e cardioneurológicos, transplantes e banco de tecidos. Na formação profissional, instituições de ensino superior formam e capacitam profissionais de diversas especialidades na área da saúde. O sistema de saúde abrange uma macrorregião composta por municípios dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, e ainda das regiões Sudeste e Centro-Oeste do país, atingindo uma população de mais de dois milhões de habitantes (PPF, 2015).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram membros da equipe multiprofissional dos locais selecionados que atendem mulheres em situação de violência sexual no município.

A amostra foi composta intencionalmente, totalizando 30 profissionais. A seleção dos participantes para a entrevista foi realizada de acordo com os critérios de inclusão: profissionais de formação superior ou técnica, que tenham atendido ou atendem mulheres em situação de violência sexual, independentemente de idade, sexo, horário de trabalho e tempo de atuação. Já os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam de férias ou afastados legalmente por algum tipo de licença.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela pesquisadora, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, CAAE: 50935915.9.0000.0121 e Número do Parecer: 1.353.999.

O estudo proposto utilizou como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Das entrevistas individuais, 23 foram gravadas após consentimento do participante, e 7 manuscritas, devido a não autorização da gravação pelos participantes. As entrevistas foram transcritas na íntegra em documento do *Word*, para posterior análise. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2016.

A entrada no campo e o ponto de partida para realização da pesquisa deu-se com uma segunda reunião com a coordenadora da Vigilância em Saúde do município. Nessa reunião, a coordenadora da Vigilância em Saúde do município indicou a coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município para acompanhar a pesquisa e indicar os locais e participantes das entrevistas na área da saúde pública. Foi realizado contato via telefone com os participantes indicados, com posterior agendamento da data e horário para a entrevista, conforme disponibilidade do participante, no local de trabalho e garantindo a privacidade.

A ordem do processo de coleta de dados foi flexível e de acordo com a situação de cada local e das possibilidades apresentadas pelos participantes.

3.4.1 Entrevista

A entrevista, como forma de comunicação verbal e coleta de informações, é a estratégia mais utilizada na pesquisa de campo. É uma conversa a dois ou mais interlocutores, com finalidade de construir informações apropriadas para um objeto de pesquisa. A entrevista semiestruturada convencionada questões abertas e fechadas, de modo que o entrevistado possa discorrer sobre o tema proposto transpondo as perguntas formuladas. Esta segue um roteiro como instrumento de pesquisa qualitativa. Roteiro é definido como um guia, um facilitador. Entretanto, não prevê todas as situações suscitadas na pesquisa de campo. O roteiro para entrevista semiestruturada deve desmembrar os diversos indicadores em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas (MINAYO, 2014).

O tempo das entrevistas foi em média de 20 minutos. Realizou-se um pré-teste com 2 participantes para verificar se o instrumento (entrevista) estava de acordo com os objetivos do estudo, sendo que foi necessário realizar uma adequação do mesmo: desmembrar uma questão em duas.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

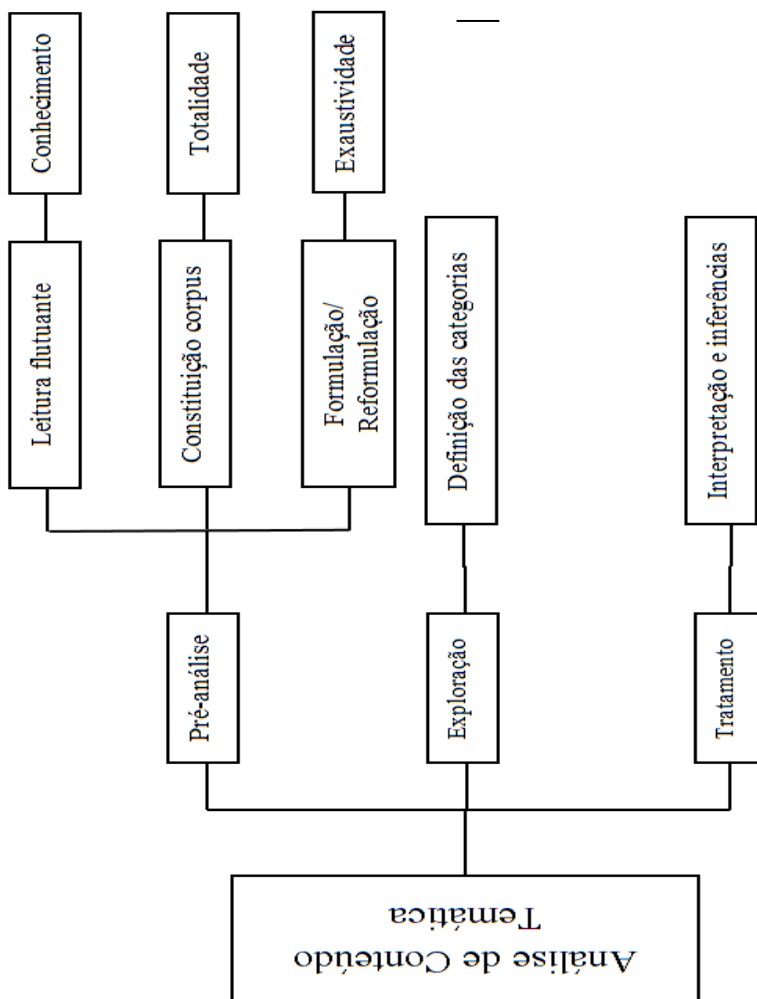
A técnica de análise do material qualitativo utilizada é a Análise de Conteúdo Temática, que apresenta por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo a centralidade do texto. Uma série de significações é detectada num recorte do texto pelo pesquisador, categorizando-os e interpretando-os (MINAYO, 2014). A análise temática consiste em três etapas: primeira etapa (pré-análise); segunda etapa (exploração do material) e terceira etapa (tratamento dos resultados obtidos e interpretação).

A pré-análise (primeira etapa) iniciou com a transcrição na íntegra das entrevistas em documento do *Word* pela pesquisadora. A seguir, realizou-se uma leitura flutuante do conteúdo transcrito e, a partir dos objetivos do estudo, retomaram-se as falas, sendo exploradas com leitura exaustiva do material e estabelecendo-se os recortes (trechos). Destacaram-se com cores diferentes as (palavras-chave ou trechos) para a categorização dos dados, a codificação e definição dos conceitos teóricos (MINAYO, 2014).

Na exploração do material (segunda etapa), foram analisados os trechos previamente destacados e a partir destes, definidas as categorias baseadas nos objetivos do estudo.

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação (terceira etapa) constituíram o momento de extrair dos trechos selecionados as informações que passaram por interpretações e inferências. A análise descritiva das interpretações do material das entrevistas, inter-relacionada com os pressupostos do estudo, resultou em um texto descritivo que expressa a síntese da interpretação dos trechos das falas, articulados com a fundamentação teórica e objetivos do estudo.

Figura 3 – Estrutura das etapas da Análise de Conteúdo Temática



Fonte: Adaptado de Minayo (2014).

Após transcrição e validação de conteúdo das entrevistas pelos participantes, foi utilizado o *software* Atlas.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*) para auxiliar na análise de dados. Este *software* possibilita analisar e gerenciar diferentes tipos de documentos ou instrumentos de coleta de dados como: entrevistas semiestruturadas, relatórios de observação, cartas, textos escritos, áudio.

O uso dessa ferramenta consiste em inserir o documento do *Word* no *software* Atlas. ti como um documento primário (*primary documents*), formando assim a Unidade Hermenêutica (*Hermeneutic Unit*). Realizou-se a leitura flutuante do texto, com sistematização e organização das ideias (pré-análise). Na exploração do material, ocorreu a codificação dos dados (*codes*) por meio de recortes do texto (*quotations*). Os *codes* são formulações sucintas relacionadas com os objetivos da pesquisa. Após a codificação dos dados, formaram-se as *families*: categorias de análise, formuladas de acordo com os objetivos da pesquisa e construídas pelos *codes* que correspondem às interpretações provenientes dos dados (recortes das *quotations*). E no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, realizou-se a elaboração de *networks* (redes): esquemas ilustrativos no *software*, que possibilitam a visualização dos resultados.

4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado para aprovação da Comissão de Pesquisas e Pós-Graduação (CPPG) do Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo/RS e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, aprovado através do parecer número: 1.353.999, de 07 de dezembro de 2015 (Anexo A). Neste sentido, o processo de submissão na Plataforma Brasil compreendeu, também, inserir os documentos que sinalizam a autorização das instituições e ou serviços que fizeram parte da pesquisa.

As etapas do estudo foram esclarecidas aos profissionais convidados a participar da pesquisa, sendo realizado contato prévio por telefone e agendado horário para entrevista. Aos profissionais que aceitaram, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), contendo o caráter voluntário da participação. Os aspectos do anonimato foram garantidos, de modo a assegurar a privacidade dos participantes, estes reconhecidos pela letra P de profissional, seguida da inicial por área de atuação: S=Saúde (hospitalar e saúde pública) e PAP= Proteção ou Apoio Psicossocial e de um número.

4.1 BENEFÍCIOS

Os benefícios da pesquisa constituem a colaboração da construção do conhecimento na sociedade, proporcionando subsídios para estudos sobre a prática do atendimento a mulheres em situação de violência sexual.

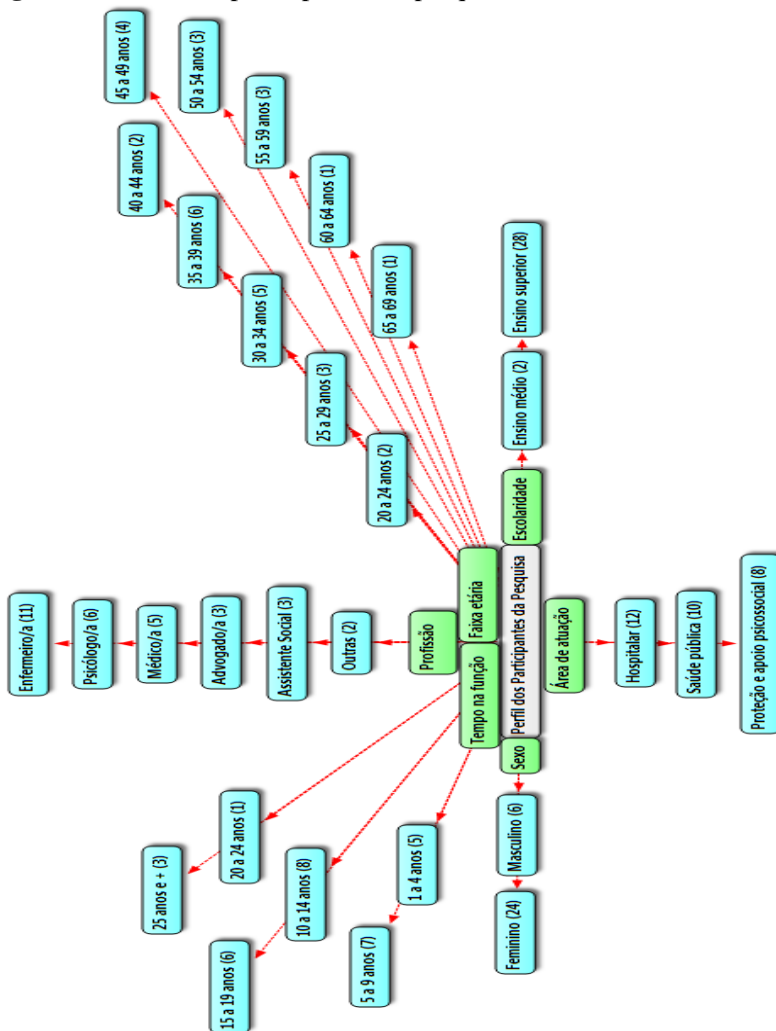
4.2 RISCOS

A pesquisa pode gerar constrangimento e desconforto aos participantes pelo relato de casos de violência, bem como sentirem-se vulneráveis diante das situações violentas que ocorrem na sociedade.

5 RESULTADOS

Por meio dos dados de identificação do instrumento de coleta de dados, a entrevista, construiu-se o perfil dos participantes da pesquisa.

Figura 4 – Perfil dos participantes da pesquisa



Fonte: Resultados da pesquisa gerado no Atlas.ti (2016)

Os resultados estão organizados na forma de dois artigos, conforme a resolução número 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O manuscrito 1, intitulado: Atendimento a mulheres em situação de violência sexual na perspectiva da bioética, com a elaboração das categorias: princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal; princípio da não discriminação e não estigmatização; princípio da dignidade humana e direitos humanos e princípio da autonomia e responsabilidade individual. E o manuscrito 2: Abordagem a mulheres em situação de violência sexual na perspectiva da bioética, composto pelas categorias: comprometimento profissional; envolvimento além do (âmbito) profissional; trabalho em equipe; intersetorialidade e instrumentalização profissional.

A construção dos temas e suas respectivas categorias procedem da análise qualitativa do conteúdo das falas, relacionando-as com os objetivos do estudo e referencial.

5.1 MANUSCRITO 1 - ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

Resumo: O objetivo do estudo foi analisar o atendimento a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética. Estudo de natureza qualitativa, de abordagem exploratória e analítica, realizado em um município localizado na região centro-norte do Estado do Rio Grande do Sul, com a equipe multiprofissional que compõe o fluxo intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência sexual. Coleta de dados realizada por meio da entrevista semiestruturada, no período de janeiro a abril de 2016. A amostra final foi de 30 profissionais composta intencionalmente. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo Temática. Constatado a vulnerabilidade social, a discriminação e o estigma que cercam a mulher em situação de violência sexual. Políticas públicas de proteção e o atendimento pautado pela acolhida, respeito à dignidade humana são formas de minimizar o trauma sofrido e podem encorajar a mulher para acessar os serviços da rede e na busca de seus direitos. Há fragilidades

no atendimento e nas políticas públicas devido às lacunas da rede, como a desarticulação dos serviços, incidindo na revitimização da mulher.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência sexual. Bioética. Políticas públicas. Equipe multiprofissional.

Abstract: The aim of the study was to analyze the care given to women in situations of sexual violence from the perspective of bioethics. Qualitative study of exploratory and analytical approach, carried out in a municipality located in the north-central region of the State of Rio Grande do Sul, with a multidisciplinary team that make up the intersectoral flow of care to women in situations of sexual violence. Data collecting conducted through semi-structured interview, in the period January-April 2016. The final sample was of 30 professionals intentionally composed. The data were analyzed based on Thematic Content Analysis. Found social vulnerability, discrimination and stigma surrounding women in sexual violence situations. Public policies for the protection and care guided by acceptance, respect for human dignity are ways to minimize the trauma suffered and can encourage women to access network services and seek their rights. There are weaknesses in service and in public policy owing network gaps as the disarticulation of services and carry the revictimization of women.

Keywords: Violence against women. Sexual violence. Bioethics. Public policy. Multi-professional team.

Resumen: El objetivo fue de analizar la atención a mujeres en situación de violencia sexual desde la perspectiva de la bioética. Estudio de naturaleza cualitativa, de abordaje o aporte exploratorio e analítica, realizado en un municipio localizado en la región centro norte del Rio Grande del Sur, con el equipo multiprofesional que compone el flujo intersectorial de atendimento a mujeres en condición de violencia sexual. Los datos de la encuesta hecha por medio de entrevista semiestructurada, en el periodo entre Enero y Abril de 2016. La muestra final fue de 30 profesionales hecha intencionalmente. Los datos fueron analizados con base en la análisis de contenido temático. Se constata la vulnerabilidad social, la discriminación y el estigma que cercan la mujer en condición de violencia sexual. Políticas públicas de protección y el atendimento puesto por la acogida, respeto a la dignidad humana son formas de minimizar el trauma sufrido y puede alentar a las mujeres para acceder a los servicios de red y la búsqueda de sus derechos. Hay fragilidad en el atendimento y en las políticas públicas expuestas en los

huecos de la red como la desarticulación de los servicios que se llevan a cabo la victimización remota de la mujer.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Violencia sexual. Bioética. Políticas públicas. Equipo multiprofesional.

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra a mulher é uma violação aos direitos humanos (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a BRASIL, 2015a). Expressa a desigualdade e uma das mais severas violências de gênero. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta a violência sexual em terceiro lugar, dentre os atendimentos de mulheres em situação de violência (WAISELFISZ, 2015). Mesmo não sendo o tipo de violência mais prevalente contra a mulher, a violência sexual tem impactos devastadores na vida das pessoas (BRASIL, 2012a).

O fenômeno da violência ocorre em todos os espaços e ciclos de vida da mulher (BRASIL, 2015a). As estatísticas mundiais evidenciam que uma em cada três mulheres relatam violência física e/ou sexual cometida por parceiros em algum momento de sua vida e cerca de 7% relatam ter sofrido violência sexual por desconhecidos (WHO, 2013; WHO, 2014).

Em 2014, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a partir de informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (MS), apontou que 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil, sendo que 89% das vítimas são do sexo feminino, e que, destes casos, apenas 10% são denunciados à polícia (IPEA, 2014). O número reduzido de registro de casos de violência contra mulheres também é evidenciado em âmbito internacional (WHO, 2014).

Os impactos da violência sexual na saúde da mulher são extensos; por vezes extremos e com sequelas que perduram por toda a vida (WHO, 2014; BRASIL, 2015a). Essas particularidades originaram discussões que levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, a declarar a violência como um grave problema de saúde pública (WHO, 2014). A exposição à violência resulta em consequências que se estendem desde lesões físicas, risco de gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), problemas de saúde sexual e reprodutiva, até a dimensão psíquica, emocional e, em alguns casos, podendo levar à morte (WHO, 2014; BRASIL, 2012a).

Os problemas decorrentes da violência também atingem outras áreas governamentais como a da justiça, assistência social, direitos humanos, entre outras, exigindo desse modo políticas e ações integradas no enfrentamento desse fenômeno (WHO, 2014; BRASIL, 2015a). A violência está relacionada além da desigualdade de gênero, com determinantes sociais, com o papel do Estado e com as fragilidades da concretização de políticas públicas no enfrentamento da violência (WHO, 2014).

Nesse sentido, os movimentos de mulheres e outros segmentos da sociedade foram fundamentais na conquista dos direitos e fomento de ações do Estado, na implementação de políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher (IPEA, 2015; BRASIL, 2012a). Apesar do século XX ser marcado por mobilizações, os direitos relacionados à mulher em situação de violência só começam a ser instituídos a partir da década de 1970 (IPEA, 2015).

Assim, a legislação e políticas referentes à violência contra a mulher que vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos no país, têm objetivo de prevenção e enfrentamento da violência, assistência à saúde, proteção e garantia dos direitos, respaldadas em normas e órgãos internacionais de direitos humanos (BRASIL, 2011b).

Uma das mais importantes contribuições legislativas no enfrentamento da violência contra a mulher foi a aprovação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006). Conhecida internacionalmente, a referida lei reestrutura o papel do Estado no modo de lidar com a violência doméstica, bem como transcende o cunho criminal de punição aos agressores e inclui medidas de assistência à saúde, proteção e apoio psicossocial à mulher (BRASIL, 2006; IPEA, 2015).

Cabe salientar que a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres está organizada de acordo com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que por sua vez foi organizado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2011b). Tem base estrutural de transversalidade e intersetorialidade, de forma a melhor atender a complexidade do fenômeno da violência, acompanhando um movimento global pelo fim da violência contra a mulher (IPEA, 2015).

As publicações dos tratados e convenções, aprovados por órgãos internacionais de direitos, afirmaram ser a violência sexual contra a mulher uma violação aos direitos humanos (IPEA, 2015). No campo da bioética um avanço relacionado aos direitos humanos foi a adoção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH),

pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Guiada pelos preceitos do respeito à dignidade humana, aos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais, incorpora princípios que asseguram os direitos e o respeito à pessoa, aproximando a bioética às situações que assolam as populações mais pobres do planeta (UNESCO, 2005; CAETENO; GARRAFA, 2014).

Estudos nacionais referentes ao atendimento a mulheres em situação de violência sexual abordam aspectos relacionados à rede intersetorial, ao atendimento dos profissionais e ao uso de protocolos (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2012; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; OLIVEIRA; VENTURA, 2013; BONNET; CINTRA, 2014; OLIVEIRA; FONSECA, 2014; SOUSA et al., 2014). Internacionalmente, os estudos têm uma perspectiva mais política e social, os quais contextualizam situações de violência sexual contra a mulher em áreas de guerras, o cuidado dos profissionais de saúde, o sistema de atendimento à saúde e a epidemiologia da violência sexual contra a mulher (PURI et al., 2012; AMEELE et al., 2013; CHIMAH et al., 2015; GARCÍA-MORENO et al., 2015; STEWART et al., 2015).

Sinaliza-se que há um artigo recente de revisão da literatura integrativa que faz uma análise de estudos sobre o atendimento hospitalar a mulheres vítimas de violência sexual no contexto brasileiro à luz da bioética do risco e proteção (MESSIAS et al., 2016). No entanto, inexistem artigos que sejam oriundos de pesquisa de campo, que tratam diretamente do atendimento a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética.

Considerando os pressupostos da DUBDH e da bioética, constituiu-se como objetivo do estudo: analisar o atendimento a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, de abordagem exploratória e analítica. Realizado em um município localizado na região centro-norte do Estado do Rio Grande do Sul, com membros da equipe multiprofissional que compõe o fluxo intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência sexual, sendo: 2 (dois) hospitais de referência, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que coordena o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Estratégia Saúde da Família (ESFs); Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS) que coordena o Centro de

Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e a Casa Abrigo; a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM); o Departamento Médico Legal (DML); Ministério Público; e os projetos de extensão da universidade local: Clínica de Prevenção, Intervenção e Acompanhamento em Situações de Violência (CEPAVI), e Prestação Jurídica e Atendimento Multidisciplinar às Mulheres Vítimas de Violência e Familiares (PROJUR/Mulher).

Esses locais foram selecionados por constituírem-se em serviços que realizam atendimento a mulheres em situação de violência sexual, que formam o fluxo intersetorial do município. O levantamento desses locais que integram o fluxo de atendimento foi realizado a partir de uma reunião, com a finalidade de apresentar os objetivos da pesquisa, que ocorreu entre a pesquisadora e a coordenadora da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul; e com a coordenadora da Vigilância em Saúde do município. Ressalta-se que as coordenadoras das DANTs e Vigilância em Saúde foram as informantes-chave do estudo, informando assim os locais para as entrevistas.

Na seleção das UBSs e ESFs, utilizou-se como critério de intencionalidade: as 2 (duas) UBSs e ESFs indicadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica (subconjunto da Vigilância em Saúde) do município com maior número de notificação de casos de violência sexual. O acesso a esse dado ocorreu através do SINAN.

Os participantes da pesquisa foram membros da equipe multiprofissional que compõem o fluxo intersetorial dos locais selecionados de atendimento a mulheres em situação de violência sexual no município. A amostra foi composta intencionalmente, totalizando 30 profissionais. Os critérios de inclusão foram: participantes de formação profissional superior ou técnica, que tenham atendido ou atendem mulheres em situação de violência sexual, independente de idade, sexo, horário de trabalho e tempo de atuação. Excluíram-se os profissionais que estavam de férias ou afastados legalmente por algum tipo de licença.

O ponto de partida do estudo deu-se com a informante-chave do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município, que, indicou os locais e os participantes para as entrevistas. Após esse contato foi realizado, via telefone, o agendamento da entrevista conforme disponibilidade de data e horário do participante, no local de trabalho e assegurando a privacidade. A ordem de coleta de dados foi flexível e seguiu conforme a situação de cada local e das possibilidades apresentadas pelos participantes.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, CAAE: 50935915.9.0000.0121 e Número do Parecer: 1.353.999. O estudo seguiu as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista semiestruturada. Das 30 entrevistas, 23 foram autorizadas a gravação, e 7 foram manuscritas, devido a não autorização da gravação pelos participantes. O tempo médio de duração da entrevista foi de 20 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra em documento do *Word* pela pesquisadora. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2016. Os participantes foram identificados pela letra P de profissional, seguida da inicial por área de atuação: S=Saúde (hospitalar e saúde pública) e PAP= Proteção ou Apoio Psicossocial e de um número.

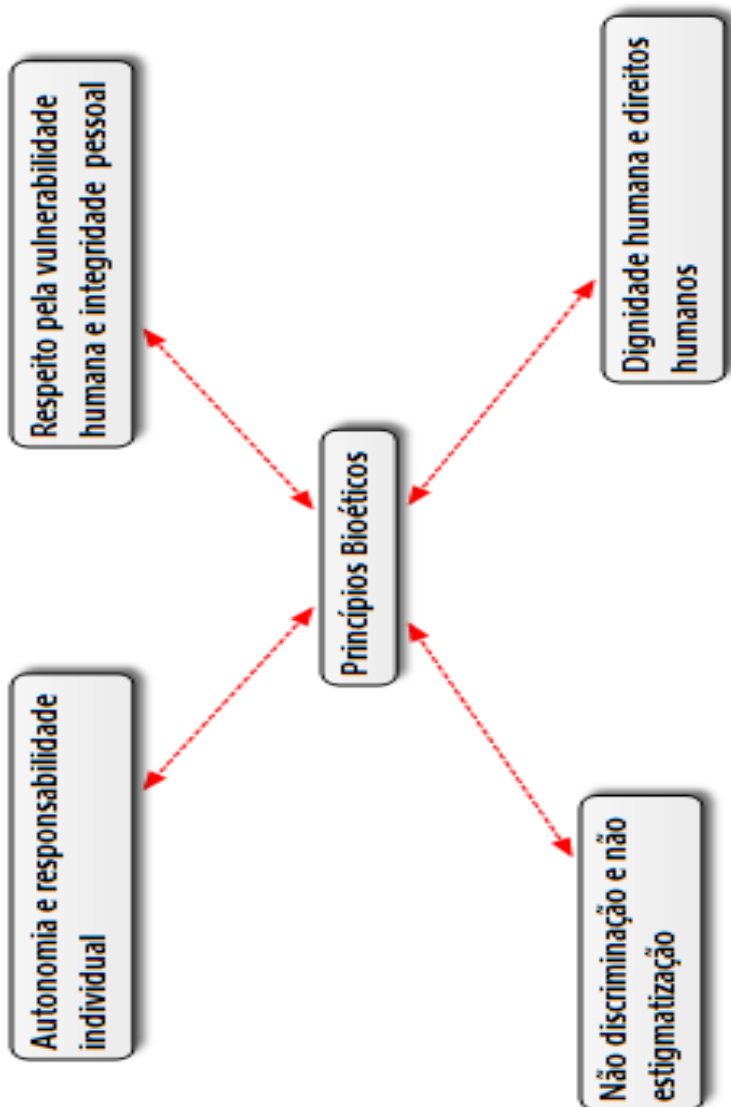
Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2014). As três etapas que compõem essa técnica conduziram a análise: primeira etapa (pré-análise); segunda etapa (exploração do material) e terceira etapa (tratamento dos resultados obtidos e interpretação). Após transcrição e validação de conteúdo das entrevistas pelos participantes, para auxiliar na análise de dados, foi utilizado o *software* Atlas.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*).

RESULTADOS

As categorias foram pré-definidas, portanto a análise buscou a interface dos dados com alguns dos princípios da DUBDH: princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal; princípio da não discriminação e não estigmatização; princípio da dignidade humana e direitos humanos e princípio da autonomia e reponsabilidade individual.

O critério de seleção desses princípios considera que seu respectivo conceito pode subsidiar a discussão dos aspectos bioéticos suscitados nas entrevistas e vivenciados pelos profissionais que atendem mulheres em situação de violência sexual. Sinaliza-se que foram identificadas duas situações de violência sexual contra as mulheres atendidas pelos profissionais: a violência sexual crônica e a violência sexual aguda.

Figura 5 – Princípios bioéticos da DUBDH



Fonte: Resultados da pesquisa gerado no Atlas.ti (2016)

Princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal

Este princípio versa sobre a proteção dos indivíduos e grupos vulneráveis. As falas a seguir manifestam a apreensão dos profissionais quanto à situação de vulnerabilidade em que chegam as mulheres em situação de violência sexual ou mesmo que poderão enfrentar. Medo, insegurança e sofrimento são alguns dos sentimentos expressos durante o atendimento e que acenam a condição de vulnerabilidade social dessas mulheres, permanecendo em situação de violência e, ao mesmo tempo, desvela as possíveis fragilidades da rede de atendimento:

Ela trazia assim: o medo de que o agressor que estava preso pudesse sair e pudesse ter alguma represália, por ter processado. Tem esses medos também e, ao mesmo tempo, como essa questão da pessoa que fez a queixa e depois retirou. Esses jogos que podem acontecer de ameaças é uma hipótese. (PS22)

Mas ela tem muito medo, muito receio: só eu gostaria que isso não fosse publicado. Então elas dizem: mas se eu vou lá e faço essa denúncia, depois ele vai me bater, vai me violentar da mesma forma. (PPAP18)

Ela acaba se sujeitando porque se ela sair desse relacionamento, ela não sabe fazer nada, digamos assim, não tem um preparo profissional para uma atividade que ela possa exercer e ela tem que sustentar cinco crianças e ela vai ter que ficar com essa pessoa. (PS17)

Tem aquela que é abusada pelo próprio marido, que ela quer o atendimento médico, mas que ela não quer apresentar nada criminal. Tem aquela que é um parente, que também não quer apresentar nada e tem aquela que buscou o atendimento na delegacia e que a delegacia nos encaminha com um Boletim de Ocorrência, que é para um atendimento médico mesmo. (PS4)

A violência sexual prejudica o todo da mulher: a autonomia, a sensibilidade, a segurança. Ela vai ficar insegura para o resto da vida, ela mexe com tudo. (PPAP2)

Além dos sentimentos vivenciados pelas mulheres, a vulnerabilidade resulta no silêncio e na invisibilidade da violência, assim como no desconhecimento dos direitos e outros fatores que favorecem esse cenário velado:

Uma mulher que há cerca de 5 anos é abusada sexualmente pelo seu companheiro e, se não bastasse, ele abusava também de sua filha de 8 anos. A mulher era obrigada a manter relações sexuais com o agressor sob ameaças de morte. A mesma sabia também do abuso com sua filha, mas por medo, silenciava. (PPAP23)

E aí uma mulher que normalmente vem de uma depressão crônica, que não consegue visualizar melhoras, vai de atendimento para atendimento, de tratamento para tratamento, e com o tempo a gente consegue perceber no decorrer da história dela, demora até ela criar confiança, que surge a questão do abuso: seja por familiar, seja por desconhecido. (PS21)

Porque as mulheres que vem para nós, muitas e muitas não abrem que elas sofrem violência, porque para elas é uma coisa desconhecida, que elas acham que é normal. Na maioria das vezes são violentadas pelo próprio marido e elas acham que isso é normal, que elas têm obrigação. Acham que é uma obrigação dela satisfazer o desejo do marido. (PPAP18)

E muitas vezes nós recebemos a outra vertente, que é a mulher que está em sofrimento e ela não vem pela violência. Ela vem pela depressão, vem porque está com ansiedade, porque está tabagista. E vai investigando e vai descobrindo situações de violência que não só sexual, mas a violência moral ou assédio moral, a violência verbal, e

muitos anos sujeitas a situações de abuso. É mais complicado lidar com adulto. (PS6)

Quando o abusador é dentro de casa, a coisa fica mais difícil, quando é marido, porque as mulheres acabam não representando criminal e isso faz com que não existe uma punição. Porque é o companheiro que um dia, porque ela não quis e acabou fazendo isso, mas elas têm um carinho, o amor, o afeto de anos de relação, enfim, ou o próprio medo de não conseguir se manter sozinha. Então tem vários fatores sociais de vulnerabilidade dessa mulher, que faz com que às vezes elas só busquem realmente o atendimento de saúde e não chegue a essa parte de delegacia. (PS4)

Princípio da não discriminação e não estigmatização

A discriminação e o estigma ainda cercam a violência sexual contra a mulher. Os profissionais expressam a dor que essas mulheres carregam: que feridas pela violência sexual, passam por situações constrangedoras, por serviços não adequados e não preparados para o atendimento, causando a revitimização da mulher:

A questão do espaço seria bem importante, se está numa salinha, ninguém vai entrar, ninguém vai atrapalhar; porque às vezes o atendimento é de urgência, às vezes, dentro de uma enfermaria e dependendo onde a pessoa está ela não vai contar, não vai falar, é muito delicado. (PS20)

Está aqui registrando ocorrência que roubaram o rádio de meu carro, do outro lado está um policial militar registrando a ocorrência de um arrombamento de um banco e entre nós, no outro guichê tem uma pessoa dizendo que foi violentada, vítima de estupro. Então pode ter esse melindre, penso nisso como uma dificuldade. (PS19)

E para a mulher isso já é outra violência. Então ela está sofrendo outra violência, ela sai do

atendimento e depois? O que ela vai fazer? Ela está sendo violentada de novo. Porque ela não está tendo aquele atendimento que a mulher merece ter. (PS13)

A questão mesmo da vergonha, de estar se expondo. A pessoa já está se sentindo tão mal, tão arrasada, tão rasgada, é um rasgado que não é só do corpo, é um rasgado da alma, a pessoa foi “aberta” e aí ela tem que ainda abrir ainda mais, e repetir e repetir. (PS6)

A violência sexual atinge a dignidade humana e é um desafio para o atendimento conforme alguns profissionais relatam. Há a dificuldade na abordagem e por outro lado, da própria mulher relatar o fato ocorrido:

Então ela vem com toda aquela humildade e aquele sofrimento interior. Muitas vezes elas não querem identificar muito bem a situação, elas contam só um pedaço, um pouco, outro pouco e se retrai. (PS9)

Porque o que eu preciso é saber o que aconteceu e é uma coisa que ela jamais vai querer relembrar. Contar uma coisa que tu quer esquecer para o resto da vida? É difícil, é muito difícil. Então atender mulher com violência, todo tipo de violência, é bem complicado. (PS10)

Na maioria das vezes, senão na sua totalidade, as vítimas sentem-se constrangidas em falar sobre o que realmente aconteceu, pois precisam lembrar e relembrar a grave situação de violação de direitos a que foram expostas, o que contribui de sobremaneira para o agravamento das consequências nefastas no seu desenvolvimento físico e psíquico. (PPAP23)

Outras falas expõem a preocupação no atendimento por profissionais do sexo masculino, visto a possibilidade de associação desse profissional com a figura do agressor:

Quando alguém falar: temos o psicólogo, é um homem. O que isso pode refletir? Eu acredito que seja um fator, porque se percebe nesse tipo de situação que a pessoa, num fato ocorrido, tem dificuldade de falar sobre isso e falar com um homem, pode também, ter identificação direta com a figura do agressor. Então esse é um fator que a gente procura ir trabalhando. (PS22)

Elas falam que às vezes é um pouco mais difícil expor isso para um profissional do sexo masculino, profissional homem. Então, quando uma mulher atende essa mulher elas ficam mais confortáveis. (PS17)

Tem mulheres que se resguardam tanto após a violência e aí vêm uma série de fatores constitutivos, prévios, questões sociais, culturais; que às vezes inviabilizam o atendimento, por uma questão de gênero, por ser homem. (PS19)

A confiabilidade e a preservação do sigilo das informações são questões importantes a serem observadas para não favorecer a discriminação e o estigma contra a mulher:

Quanto ao prontuário do paciente, ele passa por várias pessoas dentro da unidade: pela recepção, enfermagem, psicologia e médica. Temos uma alta rotatividade de funcionários terceirizados, estando frequentemente com funcionários novos; e você nunca sabe o perfil desse profissional. (PS7)

Então o que ainda atrapalha muito, tem muitas mulheres que tem o medo de vim procurar, porque eu não quero o meu nome espalhado por aí, eu quero contar, mas eu quero em segredo, porque eu estou precisando de ajuda [...] acho que o que atrapalha bastante isso e também as mulheres de procurarem o atendimento é a questão da mídia. Da mídia expor como aconteceu, como foi, com detalhes. (PS20)

Ela veio em busca de outra unidade pelo receio que outras pessoas que trabalham dentro daquela unidade básica possam levar o assunto em pauta para vizinhos. Isso era a preocupação dela. (PS29)

A desigualdade de gênero, uma característica explícita nos casos de violência sexual, constitui um problema ético vivenciado pelos profissionais:

Essa diferença é visualizável também nos demais casos de violência de gênero, pois há muita subnotificação nesse tipo de criminalidade, em decorrência da vergonha da vítima e do receio de procurar ajuda [...] ainda há esse tipo de pensamento por parte da vítima, em decorrência da cultura machista. (PPAP1)

Nunca teve familiar homem vindo, tem essa questão de gênero. (PS3)

Existem dificuldades, porque a mulher tem medo, ela tem vergonha de expor que ela sofre violência. Porque ela foi educada à obediência ao homem. (PPAP18)

A discriminação é outra característica que marca a violência sexual contra a mulher. As falas acerca desse aspecto mostram que além da violência sofrida há outros sentimentos envolvidos, especialmente o de não ser acreditada:

Quando ela chegou em casa, ela não tinha suporte familiar, porque nenhum familiar acreditou que ela tinha sido abusada, mesmo ela estando toda cheia de hematomas. Ela foi esfaqueada, foi bem complexo. (PS3)

Primeiro porque ela tem o constrangimento de buscar o atendimento, porque ela pode sofrer uma discriminação e outra que não é fácil você admitir que você, enfim, é vítima de violência [...] ela te conta pouca coisa, com bastante dificuldade e com vergonha às vezes do fato que aconteceu. (PS4)

Este é o único serviço que a vítima procura após um episódio traumático, com vergonha de levar adiante para outros serviços. (PS16)

Eu acho que o que mais impede ainda a mulher violentada de procurar ajuda não é nem tanto o local, se existe o local e sim por ela mesma, por medo, por vergonha. (PS20)

Porque eu tenho vergonha de ir até lá. Ela não quis se expor, ela estava muito machucada [...] É a mesma coisa numa violência sexual, também teve casos de pacientes de outros municípios que não queriam se expor no município delas. (PS24)

Uma grande dificuldade é o preconceito social em relação à vítima de violência. Então essa mulher evita a procurar ajuda, porque ela sabe que ela pode ser discriminada e provavelmente vai ser. (PPAP28)

Ela demorou todos aqueles dias para falar ao esposo, porque ela tinha receio que ele não acreditasse que tivesse realmente sido violentada. (PS29)

A violência sexual também é envolta pelo estigma e em muitas situações, incidindo a culpabilização da mulher:

Ah, mas anda assim na rua! Aquela questão da roupa mesmo, de que às vezes a pessoa busca com que aconteça alguma coisa, ou, ah saiu de noite, tal hora da madrugada sozinha. (PS4)

Nós já tivemos algumas pacientes aqui, que eu lembro especificamente do ano passado e que a primeira consulta foi difícil. As pacientes sempre ficam envergonhadas, embora, a gente sempre explique que elas não têm que ter nenhuma vergonha do que aconteceu; habitualmente elas se sentem envergonhadas, culpadas pelo que aconteceu. (PS17)

Então a dificuldade ainda é grande pelo tema, pelo nome: abuso sexual, violência. Estigma grande, até os profissionais ficam meio perdidos um pouco [...] entra num mundo que se sente até “suja”, que são coisas que nós escutamos muito de mulheres que foram estupradas: eu estou suja, não consigo me limpar. Aquela visão da cabeça que tem do que aconteceu ter se transformado numa sujeira, em algo assim. (PS20)

Ela pode se culpar, se penalizar, não procurar ajuda e se culpabiliza pelo que aconteceu. A própria sociedade vai discriminar. Então, às vezes, o próprio isolamento é uma forma de proteção, de tentativa de se preservar [...] que já tem a questão da discriminação também, tem essa dificuldade de acesso aqui, do estigma, então são situações semelhantes nesse ponto, daí a nossa acolhida é fundamental para a paciente ter adesão ao tratamento. (PS22)

Ainda, outra dificuldade reside no fato de que muitas se acham culpadas pelo ocorrido. (PPAP23)

O preconceito com a mulher em situação de violência sexual, o julgamento e a desconstrução de alguns conceitos, são elementos que aparecem também:

Acredito que ainda tem muito a questão da vergonha e do preconceito para acessar não só o atendimento de saúde, mas mesmo para fazer um Boletim de Ocorrência. (PS6)

Nós da sociedade que impomos isso, nós que impomos as cores, é cultural e nós precisamos desconstruir essa cultura. (PPAP18)

Como ela vai dizer: olha eu fui vítima de uma violência sexual, ah... sabe! Sempre há um pré-julgamento! Não tem o que julgar, eu tenho que ouvir o que a paciente está me dizendo e seguir o que tem no protocolo [...]Para que se comece a

derrubar algumas coisas que são uma resistência muito grande dos colegas em relação ao atendimento da violência sexual. (PS24)

Princípio da dignidade humana e direitos humanos

O ato de proteger a dignidade humana e o respeito aos direitos da pessoa, aqui especificamente, as mulheres em situação de violência sexual, demanda do profissional ações ágeis, prudência, um olhar de todas as dimensões da pessoa e articulação com outros serviços no município:

A vítima de violência sexual é submetida a vários momentos de recapitulação da situação vivenciada, o que causa um estresse que, ao final, prejudica o atendimento, para fins de investigação, pois, em algumas situações, a vítima desiste de levar ao final a punição do agressor. (PPAP1)

Acho assim, no momento que o paciente te procurar, é aquele momento que debes agir, porque se você não fizer naquele instante ele desiste, porque as dificuldades são tantas e também o emocional abalado, a pressão e temos que entender isso [...] orientamos para fazer um Boletim de Ocorrência na Delegacia da Mulher, da necessidade em ser feito, aí percebemos a dificuldade devido as condições que esta mulher se encontra emocionalmente, muitas vezes precisamos chamar o serviço até a unidade. (PS7) Então dentro do possível, se tenta não ficar questionando muito e passando de uma equipe para outra, tentamos já direcionar para que a pessoa não sofra esse constrangimento, porque já tem o constrangimento da situação e ainda o constrangimento de estar todo mundo questionando, querendo saber o que houve [...] então às vezes eu noto isso, que a gente deixa de fazer alguns questionamentos até por constrangimento de nós mesmos pela situação que a pessoa passou. (PS9)

Saber de fato o que causou dano a esta mulher, mas tem que se sentir segura, olhando nos teus olhos: olha esse profissional é seguro, não vai sair das “quatro paredes”. A confiança, ir formando esse vínculo e que não é do dia para noite que isso se estabelece. (PS29)

Outra questão é a função do Estado na preservação dos direitos da pessoa e na promoção da autonomia da mulher, além da existência de locais de referência e da rede de atendimento constituída. No entanto, lacunas na articulação desses locais são um problema para o profissional: o que fazer?

Então tem situações que nós ficamos de “saia justas”, sem saber o que fazer. Esse direcionamento que nós temos que ter bem claro e nós não temos ainda. (PS5)

Tem aqueles momentos que você não tem os responsáveis ou órgãos competentes lá fora para te apoiar neste sentido, para fazer essa primeira avaliação. (PS7)

O governo tem que buscar para a mulher a prevenção e capacitação para que ela possa se formar em algum serviço e que ela possa trabalhar. Que ela possa tirar seu sustento, que ela possa ser independente e não depender do agressor. Trabalhar a autonomia da mulher [...] porque eu entendo que a violência sexual contra a mulher é um problema de saúde pública, tanto que a gente vem desenvolvendo várias atividades dentro da nossa comunidade, dentro dos órgãos e cobramos muito [...] o Estado nos “violenta” pela demora nas consultas, na demora dos exames, na demora do atendimento à mulher, nos encaminhamentos. (PPAP18)

O Estado hoje como um todo, ele não está preparado para esse tipo de questão. No meu ponto de vista, nós estamos despreparados para atender essa questão [...] eu cumulo a minha atribuição com essa, meu colega também cumula a atribuição dele com a da violência doméstica.

Então o próprio Estado, está despreparado nesse ponto para atuar. Até pouco tempo atrás havia um colega, mas por motivos profissionais ele acabou sendo removido e nós voltamos a cumular essa atribuição. Só que você não consegue cumulando atribuições, exercer um trabalho pleno ou da forma como deveria ser exercido. (PPAP30)

A promoção da saúde com pessoas capacitadas, estrutura física e recursos humanos é outro fator importante nas ações do Estado e das instituições e que incide na proteção das mulheres:

Então ele (Estado) tem que nos dar recursos, ele tem que disponibilizar para que a gente possa trabalhar mesmo, fazer com que as mulheres busquem os seus direitos de uma forma ou outra. (PPAP18)

E às vezes não tem o espaço adequado para deixar essa vítima, que seria um espaço isolado, um pouco mais reservado, com a família se quiser ficar e isso é uma dificuldade aqui na abordagem. Nem tudo elas nos trazem no primeiro momento, então precisamos de um espaço mais reservado. (PS4)

Princípio da autonomia e reponsabilidade individual

No que se refere ao respeito da tomada de decisão, em situações de pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser adotadas medidas para proteger os seus direitos e interesses. Neste sentido a emancipação permite a pessoa pensar por si e agir por si mesma. Em situações de violência sexual de mulheres na vida conjugal é superar a condição de dependência. É um ato que exige da pessoa o conhecimento de seus respectivos direitos, aliado a um rompimento de paradigmas:

Existem também as dificuldades do usuário saber de seus direitos. Temos que trabalhar com várias dificuldades. Chega a usuária que não sabia que teria certos direitos, então ela vai conhecer e se inteirar dos seus direitos aqui dentro. (PPAP2)

No momento que elas são abordadas na questão de registrar o Boletim de Ocorrência, de buscar validar os seus direitos, a maioria delas não busca, não quer buscar, então só vem para atendimento médico mesmo. (PS4)

Então tu tem que romper com uma identidade que a mulher é vítima de violência e passar a ser alguém não violentada, é muito complicado. É um romper com um parâmetro, uma identidade, então assim é muito complicado e às vezes elas fogem dos tratamentos por conta disso [...] não temos outro recurso, a não ser orientar o paciente a despertar para que ela faça esse movimento, mas às vezes é muito complicado, porque para essas mulheres, para algumas está ruim, mas é a única vida que elas têm possibilidade de viver e para outras tem que romper com uma vida que elas viveram a vida toda. (PS6)

Ela chega muito assustada e ela não quer falar sobre isso. Então nós temos que ir trabalhando a ponto dela se sentir fortalecida o suficiente e acreditando. (PPAP8)

DISCUSSÃO

O referencial da bioética e DUBDH subsidia a discussão deste manuscrito a partir das categorias construídas conforme objetivo proposto: analisar o atendimento a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética. As categorias foram ancoradas na DUBDH porque esta declaração é tomada pela Bioética de Proteção e assim cabe explorar esta interface na discussão. O estudo identifica que independente do local de atendimento em que o profissional atua, há problemas bioéticos relatados.

As falas mostram duas circunstâncias específicas da mulher em situação de violência sexual: a mulher que vem de uma condição de violência sexual crônica, perpetrada por alguém próximo ou com vínculo afetivo; e a situação da violência sexual aguda, na maioria dos casos praticada por desconhecidos. No entanto, ambas as violências marcam a situação de vulnerabilidade que a mulher vivencia.

A situação crônica exige, muitas vezes, do profissional durante o atendimento a perspicácia em perceber que há algo além da queixa presente da mulher. O âmbito doméstico, local em que geralmente ocorre esse tipo de violência, situações de dependência financeira, e outros fatores favorece a vulnerabilidade social dessa mulher e confere à violência a característica da invisibilidade (MOREIRA et al., 2014; LEITE et al., 2014).

O silêncio e o calvário que a mulher vivencia por anos são aspectos que refletem na equipe multiprofissional, pois mesmo sendo orientadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis para completar o atendimento na rede, o que os profissionais relatam é ver que muitas vezes a situação fica restrita no atendimento à saúde, e que o ciclo da violência possivelmente continuará.

Na violência sexual aguda, como na crônica, percebe-se, através das falas dos profissionais, o medo de muitas mulheres em denunciar o agressor, podendo ser inferido uma análise de possíveis lacunas na rede intersetorial. Estudos realizados em outros cenários brasileiros, referentes à rede de atendimento à mulher em situação de violência, descrevem a fragmentação e a desarticulação dos serviços (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015 a; BRIGAGÃO; SANTOS; SPINK, 2016).

Outro aspecto são os sentimentos de inferioridade, inseguranças e medos que a mulher expressa. Sequelas que por vezes ficam para sempre e que remonta a situação vulnerável em que consiste a violência sexual contra a mulher. O artigo 8 da DUBDH versa sobre as pessoas e grupos de vulnerabilidade específica, e que esses devem ser protegidos, sendo que a integridade individual deve ser respeitada (UNESCO, 2005). Assim, no atendimento à mulher em situação de violência sexual deve-se considerar todos esses aspectos de vulnerabilidade que envolve a mulher, para que ações de proteção sejam oferecidas de modo a compreender, proteger e respeitar o que se esconde no contexto social e que pode influenciar nas suas decisões (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

A discriminação e o estigma estão imbricados na violência sexual contra a mulher. Os desdobramentos em preconceitos, desigualdade de gênero, incidem na revitimização da mulher e violação da dignidade humana, aspectos mencionados nas falas dos participantes. Um fator que contribui para essa situação são serviços não adequados para atender a mulher, no que diz respeito à estrutura física e à profissionais não habilitados para receber a pessoa nessa situação, seja pela formação

acadêmica deficitária na temática da violência ou pela estrutura pessoal (MESSIAS et al., 2016).

Práticas assistenciais que estigmatizam e discriminam a mulher em situação de violência sexual violam a dignidade humana e os direitos humanos. O estigma atribuído à mulher a desconfiança de si mesma, ou seja, ela vive o temor de não ser acreditada pela violência sofrida, resistindo em procurar ajuda. Um estudo internacional trata desse drama da mulher em situação de violência sexual e analisa a descrença ou a negação vivenciada pelas mulheres diante do relato de estupro (SERISIER, 2015).

Logo, a atenção dos profissionais deve considerar as diferenças culturais que acompanham a mulher e, sobretudo, o estigma que a violência sexual carrega. Consciente de que práticas discriminatórias e estigmatizantes impactam na mulher desde sentimentos de inferioridade até a resistência em procurar ajuda ou desistência do tratamento (GODOI; GARrafa, 2014).

A desigualdade de gênero é uma característica acentuada da violência sexual. Relatada nas falas dos profissionais e, em estudos, confirmada como um dos fatores mais salientes, a desigualdade é fortemente associada à violência contra a mulher (LEITE et al., 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015 b). Os “respingos” desse pensamento também atingem os profissionais que atendem mulheres, fazendo-se necessária uma desconstrução mental em relação à mulher em situação de violência sexual (OLIVEIRA; FONSECA, 2015). Os reflexos da desigualdade de gênero são reproduzidos na assistência por alguns profissionais, quando não acolhidas ou tratadas como culpadas pelo ato, entre outras atitudes. Evidências acerca do atendimento à saúde das mulheres em situação de violência, analisadas por meio de um estudo, apontam concepções de profissionais fundamentadas em papéis tradicionais de gênero, constituindo uma barreira no atendimento à mulher (CORTEZ et al., 2015 a).

O ápice da vulnerabilidade social que algumas mulheres experimentam é relatado pela fala dos participantes, os quais apontam que, em muitas situações, as mulheres são violentadas pelos companheiros. Entretanto, elas não reconhecem como violência sexual, pois entendem que estão cumprindo com seu papel de esposa. Entender que a mulher acredita ser normal estar nessa situação remete a um estado de construção cultural e de alienação de seus direitos como ser humano, traduzindo a máxima desigualdade de gênero que é a violência sexual (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015 b).

Outra face do estudo é a preocupação da mulher ser atendida por profissionais do sexo masculino. A possibilidade de associação do profissional homem com a figura do agressor pela mulher pode interferir no atendimento, expondo-a a reviver a situação de violência. Entende-se nessa preocupação expressa por profissionais uma busca de estratégias de proteção à mulher que procura o atendimento, de modo a assegurar acesso à assistência especializada, de caráter protetivo e na perspectiva do respeito à dignidade da mulher (SCHRAMM, 2011).

Assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas pela mulher nos serviços é um desafio para a equipe multiprofissional, conforme alguns participantes. Um estudo realizado na área da saúde também destacou ser uma questão preocupante entre os profissionais essa questão de lidar com o sigilo e a confidencialidade das informações (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015).

Os depoimentos revelam o desconforto e o sofrimento vivenciado pela mulher que procura o atendimento. Independente do local da rede, se não houver profissionais preparados para acolher essa mulher, o atendimento e o seguimento do tratamento estão comprometidos. Logo, o silêncio e o isolamento social podem ser uma defesa para enfrentar a “carga” da discriminação e do estigma. Nesse sentido, o acolhimento do profissional favorece a mulher a se sentir acolhida, pressuposto descrito em estudos que minimiza a dor da mulher nessa situação e encoraja-a para acessar a rede de atendimento e buscar seus direitos (CORTES et al., 2015 b; TRIGUEIRO et al, 2015).

Nas falas dos profissionais que atentam à prudência na abordagem a mulher, pode-se inferir a agilidade da assistência e articulação com os serviços da rede do município, constituindo-se em ações protetoras que visam atender e amparar a mulher das consequências da violência sexual em todas as suas dimensões. Em outras falas é sinalizada a função do Estado perante o dever de proteger as mulheres que se encontram em situação de violência sexual. As políticas públicas devem ir além do acesso à rede de atendimento como um direito inerente a quem precisa, mas exigir do Estado medidas de proteção que proporcionem à mulher o restabelecimento da saúde, os direitos e o exercício de sua cidadania (FREITAS; SCHRAMM, 2013).

Assim, são expressas pelos profissionais a importância de capacitar a mulher e promover estratégias de independência, de modo a sair da situação da violência e das vulnerabilidades que a cercam. Existe também a percepção do profissional sobre o enfraquecimento do Estado, embora o direito à saúde seja seu dever, esse não está preparado para o

enfrentamento da violência contra mulher. E isso é narrado na falta de profissionais, na demora do agendamento de especialistas, repercutindo também na equipe que não tem um direcionamento para os encaminhamentos e comprometendo assim a proteção da mulher (LESSA; SCHRAMM, 2015).

O fomento do cumprimento das ações do Estado e das políticas públicas acerca da violência sexual contra a mulher parte também da cobrança da sociedade civil e dos próprios profissionais que, pelas dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, respaldam reivindicações por melhores condições de atendimento à mulher (LIMA; DESLANDES, 2014).

A mulher em situação de violência sexual necessita de um suporte social e pessoal para sobrepor essa situação e romper com o ciclo. O conhecimento de seus direitos, o trabalho e o estudo são fatores que contribuem na emancipação e empoderamento da mulher. Esses foram pontos sinalizados em uma pesquisa realizada com mulheres em situação de violência interpessoal pelo parceiro íntimo, analisando os fatores envolvidos na tomada de decisão na busca por apoio institucional de referência e autoconfiança para a saída da situação de violência (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2015).

Os profissionais podem e devem esclarecer o acesso aos direitos, assim como o Estado, que além de medidas protetivas, deve desenvolver ações que proporcionem condições de uma vida minimamente digna para a mulher (LESSA; SCHRAMM, 2015). No entanto, falas expressam a preocupação de que a mulher para sair da situação da violência precisa ser ajudada a romper muitas vezes com uma identidade, com um paradigma e isso é um desafio, conforme os profissionais. Assim o vínculo com o profissional, numa relação de confiança e apoio, o acesso e adesão ao tratamento formam um conjunto de elementos que dentro de um contexto social protege a mulher e a fortalece como pessoa emancipada (CORTES et al., 2015b).

Na dura realidade das nações que sucumbem pelas consequências da desigualdade social, a emancipação da mulher não depende de si mesma, mas de um conjunto de elementos que proporcionem condições de libertação em que a mulher possa transpor a situação de subordinação para a emancipação. Além das questões de gênero, em países pobres, as pessoas padecem das necessidades básicas, a emancipação então é fruto de um contexto propício para exercer seus direitos. Condições que emanam da função específica do Estado, de proteger seus cidadãos, da sociedade civil, dos serviços organizados de forma a articular ações que

gerem saúde, proteção e apoio psicossocial e, especialmente de profissionais, os quais dão vida às políticas públicas estabelecidas e, por intermédio da prática assistencial, levam o amparo e a proteção, bens essenciais da Bioética de Proteção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram problemas bioéticos relatados pelos profissionais no atendimento que se estendem desde a situação de vulnerabilidade social em que as mulheres em situação de violência sexual se encontram, assim como a discriminação e o estigma que atravessa essa situação, encontrada na sociedade e em algumas práticas assistenciais. Além disso, há a preocupação de um atendimento protetor à mulher e a função do Estado por meio da efetivação de políticas públicas que favoreçam a proteção da mulher em situação de violência sexual. Condições de emancipação e empoderamento da mulher são alternativas que surgem como forma de enfrentamento da violência sexual crônica.

As políticas públicas devem ser desenvolvidas, então, numa perspectiva de proteção à mulher, considerando as múltiplas causas e particularidades das situações que cercam a violência sexual. Os profissionais enfrentam o desafio de estar diante de um agravo que acomete a saúde e a vida da mulher em todas as dimensões. O atendimento através de serviços existentes no município articulados, indica alternativas para a mulher refletir e decidir sobre suas ações. Apontar caminhos que transcendam a violência são atitudes que promovem os direitos e a proteção da mulher.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE NETTO, L. et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. esp, p.135-42, 2015. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500135>. Acesso em: 06 set. 2016.

AMEELE, S. van den, et al. The role of the healthcare sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: a study of knowledge, attitudes and practices of healthcare

workers. **BMC Health Services Research**, v.13, n.77, 2013. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A323612548&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BONNET, F. R.; CINTRA, R. B. Protocolos e iniciativas de atendimento médico-legal em casos de violência sexual em mulheres: comparação entre os achados no Brasil e no mundo. **Saúde, Ética & Justiça**, v.19, n.1, p.45-51, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/97140/96204>>. Acesso em: 22 maio 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios** [Impres]. 1ª ed. Brasília, 2015 a.43p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica**. 3. ed. atual. e ampl., 1. [reimpr]. Brasília, 2012 a. 124p.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a

Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 17 abr. 2015.

BRIGAGÃO, J.I.M.; SANTOS, F.B. P.; SPINK, P.K. A sustentabilidade e a continuidade de redes de articulação: o caso do Iluminar Campinas. **Saúde Soc.**, v.25, n.2, p.361-368, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00361.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CAETANO, R.; GARRAFA, V. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Rev. bioét.**, v.22, n.1, p.34-44, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jun. 2015.

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**, n. 28, p. 99-124, 2012. Disponível em:<<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/6artigo.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

CHIMAH, C. U. et al. Comparative analysis of prevalence of intimate partner violence against women in military and civilian communities in Abuja, Nigeria. **International Journal of Women's Health.**, v. 7, p. 287-295, 2015. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/comparative-analysis-of-prevalence-of-intimate-partner-violence-against-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH#>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

CORGOZINHO, M. M.; OLIVEIRA, A. A. S. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.2, p.431-441, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00431.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

CORTES, L. F. et al. Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência . **Rev. Rene**, v. 16, n.6, p.1006-15, 2015 a.

Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2890>>.

Acesso em: 05 set. 2016.

CORTES, L. F. et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n. esp., p. 77-84, 2015 b. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med.**, São Paulo, v.92, n.2, p.134-140, 2013. Disponível em:

<<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usu%C3%A1rio/Desktop/79953-110341-1-SM%20usp.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2015.

FREITAS, E.E.C.; SCHRAMM; F. R. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. **Rev. bioét.**,v. 21, n.2, p.318-27, 2013. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/822/910>. Acesso em: 06 set. 2016.

GARCÍA-MORENO, C. et al. The health-systems response to violence against women. **The Lancet**, v.385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015.

Disponível em: <

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GODOI, A.M.M.; GARRAFA, V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, p.157-166, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100157>. Acesso em: 06 set. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica Estupro no Brasil**: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). Brasília, 2014. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21849&catid=8&Itemid=6>. Acesso em: 22 maio 2015.

_____. **Nota Técnica:** A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (versão preliminar). Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27406&Itemid=6>. Acesso em: 26 de jun. 2016.

KOTTOW, M. Bioética de Proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, F. R. et al. **Bioética, riscos e proteção**. 2.ed.Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz,2009.

LEITE, M. T. de S. et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.1, p.85-92, 2014. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 16 ago. 2016.

LESSA, S.C.; SCHRAMM, F.R. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.115-124, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00115.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2016.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S.F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.787-800, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300787&script=sci_abstract&tlng=pt>.Acesso em: 06 set. 2016.

MESSIAS, P. P. et al. Bioética e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: revisão de literatura. **Acta Bioethica**, v.22, n.1, p. 91-100, 2016. Disponível em: <<http://www.revistaderechopublico.uchile.cl/index.php/AB/article/view/File/41717/43219>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed.São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.814-827, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OLIVEIRA, R. G. V.; VENTURA, C.A.A. Redução da sobrevivitização nos crimes de agressão sexual e violência doméstica por meio de um atendimento humanizado, intersetorial e multiprofissional: Panorama da Legislação Federal. **Revista Paradigma**, n. 22, p. 163-178, 2013. Disponível em: <<http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/paradigma/article/view/228/321>>. Acesso em 13 maio 2015.

OLIVEIRA, R.N.G.; FONSECA, R.M. G.S. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm., USP**, São Paulo, v.48, n.2, p.32-39, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

OLIVEIRA; R.N.G.; FONSECA, R. M. G. S. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Forthcoming, 2015. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 06 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e Sociedade Brasileira de Bioética. Paris, 2005. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acessado em: 06 mar. 2016.

PURI, M. et al. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. **BMC Research Notes**, v.5, n.291, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474176/>>. Acesso em: 16 ago 2016.

SCHRAMM, F.R. A bioética de proteção é pertinente e legítima? **Rev. bioét.**, v. 19, n.3, p.713-724, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361533257009.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SERISIER, T. “How Can a Woman Who Has Been Raped Be Believed?”. Andrea Dworkin, *Sexual Violence and the Ethics of Belief*. **DIEGESIS**, v. 4, n.1 ,p. 68-87, 2015. Disponível em: <<https://www.diegesis.uniwuppertal.de/index.php/diegesis/article/view/191/259>>. Acesso em: 06 set. 2016.

SILVA, E. B. ; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015 a. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63033062028>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A. C. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 229-237, 2015 b. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71438421028>>. Acesso em: 05 set. 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.113-128, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104593/103301>>. Acesso em: 06 set. 2016.

SOUSA, F.O.S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1283-1293, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401283>. Acesso em: 22 maio 2015.

STEWART, D.E. et al. Latin American and Caribbean countries’ baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. **BMC Public Health**,

v.15, n. 665, 2015. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A421698542&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n.2, p.249-56 , 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40355>>. Acesso em: 06 set. 2016.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1 ed. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br>> Acesso em: 24 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. World Health Organization, 2013. Disponível em:<<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>> Acesso em: 13 mar 2015.

_____. **Global status report on violence prevention 2014**. World Health Organization, 2014. Disponível em:<http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/>. Acesso em: 22 jun. 2016.

5.2 MANUSCRITO 2 - ABORDAGEM A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

Resumo: Estudo qualitativo, de abordagem exploratória e analítica. O objetivo foi investigar como os profissionais realizam a abordagem a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética. Realizado com membros da equipe multiprofissional que compõe o fluxo intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência sexual, em um município localizado na região centro-norte do Estado do Rio Grande do Sul. Coleta de dados realizada através da entrevista semiestruturada, de janeiro a abril de 2016. A amostra foi composta intencionalmente, totalizando 30 profissionais. A análise de dados foi orientada pela Análise de Conteúdo Temática. Dos resultados surgiram cinco categorias: comprometimento profissional; envolvimento além do (âmbito) profissional; trabalho em equipe; intersetorialidade e instrumentalização profissional. A equipe multiprofissional depara-se com desafios na abordagem, como a falta de ambiente adequado e de profissionais para contemplar a integralidade do atendimento, assim como o próprio preparo do profissional. Persiste a subnotificação e resistência em atender casos de violência sexual. A formação continuada e a instrumentalização são um contraponto para essas dificuldades. A Bioética de Intervenção respalda ações interventivas de modo a transformar o contexto e promover a inclusão social da mulher em situação de violência sexual.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência sexual. Bioética.

Abstract: Qualitative study of exploratory and analytical approach. The objective was to investigate how professionals perform the approach to women in situations of sexual violence, from the perspective of bioethics. Conducted with members the multidisciplinary team that make up the inter-sectoral flow of care to women in situations of sexual violence, in a municipality located the north-central region of Rio Grande do Sul. Data gathering conducted through semi-structured interviews, January-April 2016. The sample was made intentionally, totaling 30 professionals. Data analysis was guided by Thematic Content Analysis the results emerged five categories: professional commitment; involvement beyond the (scope) professional; teamwork; intersectoral and professional instrumentation. The multidisciplinary team is faced with challenges in approach, the lack of proper

environment and of professionals to consider the comprehensiveness of care, as well as the very preparation professional. Persist the underreporting and resistance in suit cases of sexual violence. Continuing education and instrumentalization are a counterpoint to these difficulties. The Intervention Bioethics supports interventional actions to transform the environment and promote social inclusion of women in sexual violence situations.

Keywords: Violence against women. Sexual violence. Bioethics.

Resumen: El estudio cualitativo, de abordaje, exploratoria y analítica. El objetivo fue de investigación de que como los profesionales realizan el aporte a las mujeres en caso de violencia sexual, en perspectiva de la bioética. Realizado en un municipio localizado en la región centro norte del Rio Grande del Sur, con los miembros del equipo multiprofesional que compone el flujo intersectorial de atendimento a mujeres en condición de violencia sexual. Los datos de la encuesta hecha a través de entrevista semiestructurada, en el periodo entre Enero y Abril de 2016. La muestra hecha intencionalmente, totalizando 30 profesionales. La análisis de datos se engancha en la análisis de Contenido Temático. De los resultados surgido cinco categorías: comprometimiento profesional; involucrado además (ámbito) profesional; labor en equipo; intersectorial e instrumentalización profesional. El equipo multiprofesional se enfrenta a desafíos en el enfoque, la falta de ambiente adecuado y de profesionales a considerar la integralidad de la atención, así como su preparación profesional. Persistir subregistro y la resistencia en casos de satisfacer de violencia sexual. Educación continua y la instrumentalización son un contrapunto a estas dificultades. La Bioética de Intervención apoya las acciones de intervención para transformar el medio ambiente y promover la inclusión social de las mujeres en situaciones de violencia sexual.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Violencia Sexual. Bioética.

INTRODUÇÃO

A violência é uma das principais causas de desestabilização pessoal e familiar, contribuindo significativamente na perda da qualidade de vida e com consequências duradouras e, por vezes, fatais (BRASIL, 2015b).

A gravidade da violência contra a mulher é apresentada no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), dando vista ao adoecimento e mortes decorrentes da violência, que independente da tipologia e natureza da violência, incorre em impactos destruidores na saúde das mulheres em situação de violência e, ao mesmo tempo, ressalta a importância da área da saúde no atendimento e enfrentamento da violência, aqui propriamente discutida, a violência sexual (OMS, 2002).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011 b) adota a seguinte definição de violência contra a mulher: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Convenção de Belém do Pará, 1994, p.1).

A OMS categoriza os tipos de violência em três: a violência auto infligida, a interpessoal e a coletiva. A violência sexual integra o tipo de violência interpessoal que constitui a violência praticada por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas (OMS, 2002). O conceito de violência sexual da OMS refere-se

Violência do parceiro íntimo – comportamento dentro uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Essa definição cobre violência pelos cônjuges e parceiros atuais e passados. [...] Violência sexual – qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto – contudo, a definição de estupro pode variar em vários países (OMS, 2012, p.11).

Desse modo, por acometer a vida e a saúde das pessoas que sofrem atos violentos, com potencial de morte; e pela ampliação do conceito de saúde, que passa a considerar qualquer agravo e ameaça à

vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida, a temática da violência é incluída no rol da saúde (OMS, 2012).

A atuação da área da saúde é fundamental no atendimento à mulher em situação de violência sexual. É um fenômeno que, na maioria das situações, é envolto pela dor, pelo medo e silêncio (BRASIL, 2011a). Para tanto, é imprescindível que os profissionais estejam capacitados para exercer a integralidade da atenção à saúde e mediar o acesso aos direitos da mulher, seja no acolhimento, atendimento, encaminhamentos e na notificação em casos suspeitos ou confirmados, e contribuir na prevenção da violência sexual (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015b). No Brasil, há um conjunto de leis, normas, políticas públicas e outras estratégias que adotam preceitos internacionais, as quais são adaptadas às particularidades regionais. Elas buscam orientar a assistência, assim como contribuir na qualificação profissional (BRASIL, 2011a).

Além da atuação dos profissionais da saúde, o atendimento em casos de violência sexual deve ser realizado por equipe multiprofissional e em rede, por ser um fenômeno de causas multifatoriais (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015a). A rede de atendimento à mulher em situação de violência está dividida em quatro áreas: saúde, justiça, segurança pública e assistência social (BRASIL, 2011c). Enfatiza-se que a articulação da rede intersetorial é importante para assegurar a integralidade do atendimento e para que não ocorra a revitimização da mulher, interrompendo o ciclo de violência (BRASIL, 2015a).

A violência sexual requer pessoas com olhar “despido” e que transcende o ato em si, por ser cercada pela discriminação e estigma e, na maioria dos casos, ser praticada por alguém próximo e em âmbito doméstico. Esses e outros aspectos fazem da violência sexual um fenômeno “invisível” (WASELFISZ, 2015). Logo, a perspicácia da equipe da saúde é um potencial na detecção de casos de mulheres que vivem em situação de violência sexual e podem contribuir no rompimento da invisibilidade desse cenário, dado que em algum momento da vida a mulher poderá procurar um serviço de saúde (BRASIL, 2012a).

Na área da saúde, a equipe profissional e a organização do atendimento recebem a importante contribuição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012 a). Muitos dos questionamentos dos profissionais podem ser sanados ou clareados por

outras publicações que também visam à qualificação do profissional no atendimento à mulher em situação de violência (BRASIL, 2011 d).

As demais áreas integrantes da rede intersetorial de atendimento à mulher em situação de violência sexual também dispõem de orientações como a Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM). Este conjunto de leis e normas contribui na educação permanente e guiam os profissionais no exercício de sua função (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015a). As normas que regem a conduta têm objetivo de qualificar a prestação do serviço e destacam a responsabilidade do profissional no cumprimento de sua função de acordo com a ética profissional (PIRES et al., 2010).

Além de um arcabouço legal, a atenção à mulher em situação de violência pode ser discutida a partir de uma perspectiva bioética. Para tanto, a reflexão da Bioética de Intervenção caminha com o irrevogável conceito de que as questões éticas deixam de ser algo de cunho íntimo ou restrito ao individual e adotam características coletivas e públicas (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 2009).

Em âmbito nacional, estudos encontrados versam sobre potencialidades e dificuldades da equipe multiprofissional no atendimento nas situações de violência sexual, mas é inexistente a discussão do ponto de vista da Bioética de Intervenção (GOMES et al., 2012; SCHRAIBER et al., 2012; OSIS; PÁUDA; FAÚNDES, 2013; HASSE; VIEIRA, 2014; PEREIRA; VIANNA, 2014). Já na literatura internacional não foram encontrados estudos sobre o tema proposto.

Desse modo, sendo a mulher, em situação de violência sexual – uma pessoa vulnerada – e que necessita de uma atuação profissional comprometida, interventiva e que transcenda o cotidiano do trabalho; constitui-se objetivo deste estudo: investigar como os profissionais realizam a abordagem a mulheres em situação de violência sexual, na perspectiva da bioética.

MÉTODO

O estudo é uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem exploratória e analítica, realizado com membros da equipe multiprofissional que compõe o fluxo intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência sexual, de um município localizado na região centro-norte do Estado do Rio Grande do Sul. Os locais selecionados foram: 2 (dois) hospitais de referência, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que coordena o Serviço de Atendimento

Especializado (SAE), Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Estratégia Saúde da Família (ESFs); Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS) que coordena o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e a Casa Abrigo; a DEAM; o Departamento Médico Legal (DML), Ministério Público; e os projetos de extensão da universidade local: Clínica de Prevenção, Intervenção e Acompanhamento em Situações de Violência (CEPAVI), e Prestação Jurídica e Atendimento Multidisciplinar as Mulheres Vítimas de Violência e Familiares (PROJUR/Mulher).

A definição dos locais considerou a inclusão de todos os serviços do município em que as mulheres em situação de violência sexual têm possibilidade de buscar atendimento. A apresentação do objetivo da pesquisa, bem como a indicação desses locais de atendimento do município, ocorreu na primeira reunião entre a pesquisadora e a coordenadora da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul; e com a coordenadora da Vigilância em Saúde do município. Salienta-se que as coordenadoras das DANTs e Vigilância em Saúde foram as informantes-chave do estudo, informando assim os locais para as entrevistas.

As UBSs e ESFs foram selecionadas utilizando o critério de intencionalidade: as 2 (duas) UBSs e ESFs indicadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica (subconjunto da Vigilância em Saúde) do município com maior número de notificação de casos de violência sexual contra a mulher. O acesso a esse dado ocorreu através do SINAN.

Os participantes da pesquisa foram membros da equipe multiprofissional que compõe o fluxo intersetorial dos locais selecionados. A amostra foi composta intencionalmente, totalizando 30 profissionais. Os critérios de inclusão dos participantes foram: profissionais de formação superior ou técnica, que tenham atendido ou atendem mulheres em situação de violência sexual, independente da idade, sexo, horário de trabalho e tempo de atuação. E os critérios de exclusão: profissionais que estavam de férias ou afastados legalmente por algum tipo de licença.

Uma segunda reunião com a coordenadora da Vigilância em Saúde do município marcou a entrada no campo pela pesquisadora. O informante-chave inicial do estudo foi a coordenadora do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município que indicou os locais e os participantes para as entrevistas. A ordem do processo de coleta de dados foi flexível e de acordo com a situação de cada local e das

possibilidades apresentadas pelos participantes. Após essa reunião, agendaram-se as entrevistas individuais, via telefone, as quais ocorreram de janeiro a abril de 2016.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, CAAE: 50935915.9.0000.0121 e Número do Parecer: 1.353.999. A Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos orientou o presente estudo (BRASIL, 2012).

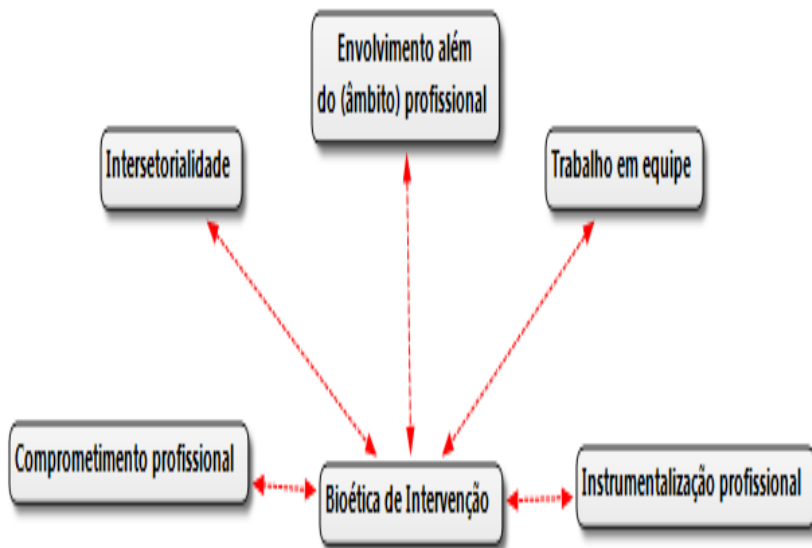
O estudo utilizou como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada. Das entrevistas, 23 foram gravadas após consentimento do entrevistado, e 7 manuscritas, devido a não autorização da gravação pelos participantes. O tempo médio de duração foi de 20 minutos, e posteriormente houve a transcrição na íntegra das entrevistas pela pesquisadora em documento do *Word*. Os participantes foram identificados pela letra P de profissional, seguida da inicial por área de atuação: S=Saúde (hospitalar e saúde pública) e PAP= Proteção ou Apoio Psicossocial e de um número.

A análise dos dados pautou-se na Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2014). O estudo seguiu as três etapas preconizadas pela análise temática: primeira etapa (pré-análise); segunda etapa (exploração do material) e terceira etapa (tratamento dos resultados obtidos e interpretação). A organização dos dados utilizou como auxílio, após transcrição e validação de conteúdo das entrevistas pelos participantes, o *software Atlas.ti 7.5.6 (Qualitative Research and Solutions)*.

RESULTADOS

O processo de análise dos dados resultou em cinco categorias relacionadas ao tema: comprometimento profissional; envolvimento além do (âmbito) profissional; trabalho em equipe; intersetorialidade e instrumentalização profissional.

Figura 6 – Bioética de Intervenção



Fonte: Resultados da pesquisa gerado no Atlas.ti (2016)

Comprometimento profissional

O comprometimento profissional é a competência do profissional de demonstrar a sua própria responsabilidade e, caso seja necessário, transcender o limite da sua função além da formação técnica profissional:

Eu tento fazer, ter um olhar, mas não tenho um olhar de psicólogo. Mesmo assim, tendo um olhar de outra profissão, a fragilidade às vezes nos deixa com os olhos meio “tampados” e daí imagina, eu também não sou psicóloga. Mas eu tento da minha forma. (PPAP2)

Ficamos com medo de como vamos usar as palavras. A psicóloga é diferente, ela sabe usar as palavras corretamente, mas nós às vezes ficamos assim: será que eu estou falando, o que eu estou falando, tenho que pensar o que falo. A gente se

policia: será que eu falei certo? Será que eu fiz o correto? Será que eu não a deixei mais apavorada? Talvez com cursos, capacitações e atualizações, nós conseguimos não ficar com esse receio na hora de abordar a mulher. Às vezes tu pensa que está ajudando e está piorando a situação. (PS5)

Sou precavida! Faço a notificação, passa pelo médico, passo e-mail para o conselho e onde for necessário. Já procuramos oferecer ajuda psicológica e mesmo assim ainda a gente acaba “pecando” às vezes. (PS7)

Acredito que depende do profissional que está inserido, nada mais que isso. Sou bem sincera, depende do grau de comprometimento do profissional de saúde da USF e/ou UBS, que não precisa ser enfermeiro, tem toda a equipe (médico, técnico de enfermagem, agentes de saúde). (PS29)

Foi evidenciada, também, certa tensão vivenciada na equipe pela “falta” de comprometimento de alguns profissionais. Isso foi apontado pelos entrevistados, mas pode ser interpretada como uma resistência em atender mulheres em situação de violência sexual.

Temos que ter um médico que esteja adequado e tenha essa vontade de abordar. A maioria não é que não sabem, eles não querem. Já tive essa situação: eu não quero, vê o que tu faz, dá um jeito aí, mas como assim? Não se compromete, e o comprometimento é um exemplo ético. (PS5)

Nem todos os profissionais estão preparados para isso. Percebemos que alguns profissionais não querem se incomodar. Há aquela questão: “não vou notificar porque sei que vou me incomodar”, e de fato ocorre isso. (PS7)

Alguém tem que fazer a comunicação, o médico em tese, no meu entendimento, ao constatar isso ele é o responsável para fazer. Muitas vezes fui eu quem fez, porque a instituição é obrigada a fazer e o profissional de saúde é obrigado a fazer. Ambos

podem fazer uma única vez. Então o problema ético é alguns profissionais se esquivarem de condutas legais que deviam ser adotadas, independente de ser adolescente ou não. (PS19)

Por outro lado, o comprometimento de alguns profissionais foi ressaltado na execução de suas tarefas que, além de cumprir com seus deveres, articulam soluções para promoção efetiva dos direitos da mulher:

É um papel bem importante para acolher essa vítima e dizer para ela o que tem de direito, que busque esse acesso ao direito dela. Claro que sempre respeitando a individualidade de cada um e o desejo de cada um. (PS4)

Faz a parte de exames, a orientação da medicação e uma coisa interessante é que conseguimos vincular essas pacientes, porque elas necessitam de alguém que escute, que entenda o que está acontecendo e que se importe com elas. Elas precisam ficar vinculadas. Não é legal quando passam por vários profissionais, porque não se sentem seguras. (PS17)

Ela veio, eu estava em atendimento. Foi feito o acolhimento dela e mesmo que o meu horário seja complicado para encaixar, mas a prioridade foi dela [...] vítimas de violência seja ela sexual ou violência doméstica, tem prioridade absoluta. (PS21)

O pessoal da área da saúde é bem engajado nisso. Com todas as dificuldades que enfrentam, quando se trata desse tipo de situação, é feito um empenho para superar as dificuldades que as instituições têm. (PPAP30)

Outro aspecto notório nas falas é a importância do conhecimento do profissional que subsidia suas ações com segurança e que estas são base para promover intervenções do Estado na implementação de medidas no enfrentamento da violência sexual contra a mulher:

Claro a gente tem que estudar, tem que saber da Lei, mas aqui tenho que trabalhar e articular de uma maneira que elas não me vejam só como técnica, mas como alguém interessada em ajudar, em resolver um pouquinho, em amenizar. (PPAP2)

O profissional que está atendendo, deve saber que não está fazendo Boletim de Ocorrência, mas que é para fins epidemiológicos. Como o Ministério da Saúde vai propor alguma intervenção ou investir, se ele não tem conhecimento do número de casos? Será que é preciso investir na prevenção e atendimento nas vítimas da violência sexual? Precisa ter medicação, precisa de profissionais capacitados, precisa criar protocolos? Não tenho notificação/informação, então não precisa! A invisibilidade de todos os agravos e agora da violência, é muito mais negligenciado e omitido pelas vítimas e pelos profissionais. (PS24)

É importante a atuação do enfermeiro desde a atenção disponibilizada, o atendimento e acolhimento (em ajudar) e a notificação para que seja dada a continuidade do atendimento. (PS26)

Envolvimento além do (âmbito) profissional

As falas que revelam o envolvimento profissional trazem nas entrelinhas o sentimento de estar imerso na situação a ponto que o agir ultrapassa o dever e o compromisso. Muitas vezes, isso se expressa no sofrimento do profissional, frente a essa demanda.

Não se trata nem de dificuldade na verdade, porque tu acabas ficando calejado quanto a isso. Então não se torna uma função difícil, é dolorosa como eu te falei, mas não difícil. (PPAP30)

Já acolhi mulheres vítimas de violência dentro da minha casa e que nem conhecia. Não vou deixar alguém sofrer violência porque tenho medo dela. A situação dela é frágil e nós precisamos ajudar.

Se fui até ali, porque que não posso ir mais para frente? (PPAP18)

Controlar nossos próprios medos e anseios diante de uma situação tão difícil e conviver com isso, parecer ser forte frente a quem precisa desta ajuda. (PS16)

Mulher, hoje é ela, amanhã pode ser eu, e não se sabe o que pode acontecer. Então temos sempre que se colocar no lugar do usuário: se acontecesse comigo? Como eu gostaria de ser tratada, de ser atendida, de ser acolhida? Então acho que essa reflexão como profissional temos que ter. (PS13)

Acho que me envolvo muito, até depois de todos os encaminhamentos possíveis, fico com aquela sensação de que faltou algo e poderia ter feito um pouco diferente, mas daí quando, você tem dificuldade com os colegas, é muito ruim, porque você sabe e normalmente o paciente já vem para ti, porque ele sabe: ela vai dar um jeito; e às vezes não está ao alcance nosso. Claro que a gente faz o possível. Se você olhar as notificações são minhas, mas não trabalho sozinha. (PS7)

Essa categoria ultrapassou os limites do compromisso profissional e da ética da responsabilidade. Corresponde à interface entre a subjetividade da vítima confrontada com a subjetividade do profissional. Um movimento de ad-mirar-se, olhar para si através da experiência do outro e buscar acolher como gostaria de se sentir acolhida.

Trabalho em equipe

O ofício próprio de cada membro da equipe desenvolvido na perspectiva do trabalho em conjunto soma forças, compartilha conhecimentos, agiliza o atendimento e qualifica a assistência:

O enfermeiro está fazendo o teste rápido, ele já se deu conta que tem alguma situação que não está

bem e já chama o psicólogo também para fazer uma escuta. Acho que isso é uma coisa que tem funcionado bem. (PS6)

Por nós estarmos inseridas nesse contexto, por trabalhar com conselho tutelar, com a delegacia, conhecer enfermeiros, médicos, assistentes sociais, acho que facilita esse trabalho. (PPAP8)

Aqui trabalhamos em equipe: o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o odontólogo, enfim, o que precisar de suporte da equipe. (PS10)

Nos reunimos com a equipe e verificamos o que a equipe já deu de encaminhamento: já chamou o perito? Já foi acionada a brigada? O que foi acionado até então e após o pedido de avaliação eu entro em contato com assistente social também, para saber se ela já está sabendo do caso e para fazer os encaminhamentos: ligar para onde tem que ligar, fazer o que é necessário. (PS20)

A médica, que é sensacional, se ela perceber que alguma coisa não está legal, ela já encaminha para atendimento. Nós temos uma troca muito importante, então isso funciona. Isso é muito legal. (PS21)

Primeiro passo para a rede funcionar é conhecer as próprias entidades para saber quem pode ajudar naquele momento, porque a violência contra a mulher é multifatorial. Então não é um profissional que vai melhorar aquela situação, é um conjunto de profissionais. (PPAP28)

Se, por um lado, o trabalho em equipe é reconhecido, há outras falas que demonstram dificuldades, sinalizando que a falta deste impacta no atendimento às mulheres em situação de violência sexual:

É uma questão de ética entre equipe mesmo, não é porque eu vi ou ouvi na recepção, que significa que tenha que sair espalhando aos “quatro ventos”. Essas coisas já aconteceram e acho que é

bem complicado em função de que a troca é grande, eu tenho funcionários novos, treina, mas daí não é só isso, não há qualificação destes profissionais. Então por mais que façamos a nossa parte, não vejo grandes progressos percebendo o desgaste que é para nós o contrato de pessoas desqualificadas para o serviço. (PS7)

Acredito que estou inserido nessa questão da violência para fazer acompanhamento desse paciente. Tem a questão da profilaxia pós-exposição, de medicamento, mas acho que é possível melhorar, sensibilizar os próprios colegas que pode dar um suporte inicial também para essas situações. (PS22)

Mesmo tendo muitas pessoas para diversos atendimentos, a unidade tem outros profissionais que fazem parte da equipe e que podem qualificar o serviço: como o psicólogo e o técnico de enfermagem. Com certeza poderiam ter um acolhimento mais adequado, com uma linguagem que possa tentar tranquilizar e tentar conversar. (PS24)

Intersetorialidade

As parcerias entre as instituições é uma maneira de fazer com que o atendimento à mulher em situação de violência sexual ocorra na perspectiva de rede, com a articulação local das instituições. O trabalho em parceira reúne pessoas ou grupos afins que buscam a concretização de um objetivo comum, de sensibilizar a sociedade e aperfeiçoar os serviços em relação à violência sexual:

Percebemos que precisávamos de uma aproximação entre as instituições. Acho que tu nunca pode dizer que está excelente o nosso trabalho; sempre tem alguma coisa para aperfeiçoar. (PPAP30)

Nas escolas, nós temos trabalhado bem, esse é um trabalho que nós estamos fazendo em conjunto com a Patrulha Maria da Penha, e é falado muito

sobre a prevenção [...] temos esse entendimento e fazemos seminários, buscamos parcerias. (PPAP18)

Essa atuação se fortalece na medida em que chamamos essas pessoas para trabalhar junto. Promovemos momentos de capacitação e palestras para a comunidade. Acho que isso tem ajudado bastante. (PPAP8)

Instrumentalização profissional

O profissional instrumentalizado ou apto no que está fazendo tem segurança na abordagem e resolutividade no atendimento. O instrumental aqui significa o conjunto de saberes e práticas necessários para uma atuação resolutiva, com qualidade para as vítimas, bem como para o enfrentamento pessoal destes profissionais. Este apontamento justifica a formação contínua do profissional como uma das prioridades, dentre os desafios neste âmbito do cuidado em saúde.

Explicar o que pode acontecer com a medicação, qual é a possibilidade dela adoecer ou de ter os exames negativos. É bem complicado, mas com a prática você vai tendo mais facilidade. (PS17)

Se não consigo de uma maneira, tenho um manejo, e a experiência me fez adquirir alternativas para esse atendimento. (PS19)

Vou usar a expressão: “a gente já é macaca velha”. No início da minha atuação profissional, sim, ficava cheia de medos e é o que vemos, por exemplo, quando a acadêmica de enfermagem ou quem inicia o processo de acolhimento, sente dificuldade porque não está familiarizado. Depois de anos estou bem mais familiarizada e eu não sinto dificuldade na abordagem. (PS21)

Por isso é importante esse profissional estar um bom tempo, fazendo um diferencial na unidade básica de saúde e da família. O que representa isso: é a saúde que envolve todos os profissionais, que é o mais próximo possível, que está

preocupada com essas pessoas, que não é tipo meramente curativa, nós somos preventiva. Nós não só prevenimos a doenças como tratamos os danos. (PS29)

Já as falas abaixo têm a preocupação de que profissionais com frágeis conhecimentos na área comprometam a abordagem qualificada:

O profissional que não está preparado para isso, às vezes ele não dá a devida importância, é só um atendimento, passa e tudo bem, mas não é assim, sabe-se que as complicações são bem maiores. (PS9)

Outra dificuldade que vejo também é a falta de preparo dos profissionais que atendem essas pacientes, porque muitos profissionais já estão habituados e sabem fazer, mas muitas pessoas não sabem nem como fazer a abordagem inicial, aonde é que elas têm que encaminhar, que exames que elas têm que fazer. Acho que isso de certa forma traumatiza as pessoas, ela está numa situação exposta e acaba indo para um local em que vê pessoas que não estão preparadas para atender, e é apavorante isso. (PS17)

Tem que perguntar tudo e nem sempre o profissional se sente a vontade. Tem que trabalhar muito o profissional, para que ele modifique e para que esse fluxo realmente aconteça. (PS24)

DISCUSSÃO

A discussão pauta-se na Bioética de Intervenção. Intervir na realidade que se tem nas “mãos” é a proposta desta vertente da bioética. E nesse sentido, utilizou-se o referencial para a discussão, na perspectiva de que o profissional pode e deve transpor a relação profissional/paciente e intervir de tal modo que as ações incidam na abordagem e contribuam na mudança da realidade vivenciada pela mulher em situação de violência sexual. Seja esta intervenção no acolhimento, na

notificação da violência, na orientação e esclarecimento dos direitos da mulher, na acessibilidade aos serviços.

O estudo mostra o comprometimento profissional, nos diferentes serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual. Existe a preocupação em desenvolver a sua atividade e também de preencher eventuais lacunas na abordagem durante o atendimento, por conta da insuficiência de algumas profissões, especialmente da parte psicológica.

Há frequentes tentativas de promover a integralidade no atendimento à mulher, mesmo que por vezes os profissionais se sintam aquém de sua atuação, há a busca desses por atender a mulher e dar o melhor de si (LETTIERE; NAKANO, 2015). Outra fala destaca que o dever de bem atender e suprir a dificuldade da falta de certas categorias de profissionais, na abordagem, é de todos os membros da equipe e que isso depende da pessoa assumir o compromisso de atuar de maneira que possibilite o acesso ao serviço e que este contemple todas as necessidades da mulher. É compromisso da equipe multiprofissional assumir a responsabilidade pública no que tange a execução das políticas instituídas. Um estudo realizado com profissionais odontólogos mostra essa aproximação do profissional e a responsabilidade no atendimento qualificado às pessoas na perspectiva ética (GOMES; RAMOS, 2015).

A preocupação com a dimensão psicológica da mulher decorre do fato de que essa dimensão sofre impactos violentos, com sequelas que por vezes permanecem para sempre. Estudos mostram que a saúde reprodutiva, física e, sobretudo, a emocional e psicológica da mulher, é comprometida pela violência sexual, sendo necessário e indispensável o acompanhamento integral da mulher e principalmente o psicológico (FACURI et al., 2013; SOUZA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015; BRIERLEY et al., 2013; MOBASHER et al., 2014).

O comprometimento consiste ainda na responsabilidade de conhecer e saber as obrigações de sua profissão e a legislação vigente. Logo, refletir sobre suas ações e possibilidades de intervenções, na busca das melhores alternativas, tendo presente que cada mulher em situação de violência sexual tem suas particularidades, e desse modo requer manejos próprios é assumir a ética da responsabilidade (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 2009).

Assim, a existência de protocolos de atendimento favorece a abordagem, auxiliando o profissional nas orientações e encaminhamentos pertinentes no atendimento de casos de violência

sexual. Os benefícios dos protocolos são demonstrados em um estudo e como esses são importantes colaboradores da equipe multiprofissional (HASSE; VIEIRA, 2014).

Já alguns dos participantes do estudo verbalizam as dificuldades encontradas na equipe multiprofissional, justamente porque alguns profissionais não assumem o compromisso inerente de sua profissão e remetem a uma determinada categoria o atendimento. Talvez a complexidade em que consiste a violência sexual e a demanda por capacitação sejam fatores que repercutem na resistência de alguns profissionais atenderem esses casos. Estudos mostram que barreiras encontradas como formação e despreparo dos profissionais, insegurança, excesso de atividades, impactam no atendimento à mulher em situação de violência sexual e podem acarretar na revitimização da mulher (COSTA et al., 2013; BARROS et al., 2015).

A área da saúde é por excelência um lugar de atuação de profissionais de ciências variadas, formando equipes de saúde. A falta de algumas especialidades de profissionais para contemplar o atendimento integral em casos de violência sexual, prerrogativa da política de atenção à mulher, é uma questão evidenciada em âmbito nacional e internacional, em que outros profissionais dentro das equipes de saúde ultrapassam as fronteiras de sua profissão para preencher as lacunas do atendimento especializado na construção da interdisciplinaridade, no cuidado e atendimento às necessidades das pessoas (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013; OECD, 2016). E que se aplica à mulher em situação de violência sexual.

A Bioética de Intervenção sinaliza, como pauta de discussão, justamente a importância da construção de serviços públicos mais acessíveis, adequados e acolhedores, capazes de promover a inclusão social e o restabelecimento da pessoa (SANTOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2014). E, em casos de violência sexual, essa exigência se faz pertinente, pois a mulher que vivenciou ou vivencia esse fenômeno necessita de um olhar além do físico, que compreenda todas as dimensões do ser humano e a proteção de seus direitos (SCHRAIBER et al., 2012).

A dificuldade em notificar casos de violência sexual contra a mulher é um aspecto manifesto nas falas. A notificação obrigatória para os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, em casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher, foi estabelecida pela Lei nº 10.778/2003 (BRASIL, 2003). No entanto, o Instrutivo para preenchimento da ficha de

notificação de violência interpessoal/autoprovocada recomenda que a notificação possa também ser feita por Unidade de Saúde, Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Centro Especializado de Atendimento à Mulher, entre outros (BRASIL, 2015 b). Os impasses da notificação da violência contra a mulher são relatados também em outras pesquisas (VELOSO et al., 2013; SOUSA et al., 2015).

Entende-se que o ato de notificar tem inter-relação com a Bioética de Intervenção. Demonstra o compromisso do profissional, assim como o conhecimento da legislação e todo o processo que envolve o atendimento à mulher em situação de violência sexual. E, como menciona uma participante desta pesquisa, são as notificações que possibilitam o conhecimento do número de casos da violência sexual contra a mulher, e que por sua vez, o Estado faz uso desses dados para a implementação das políticas e outras medidas no enfrentamento da violência sexual contra a mulher. Assim notificar é intervir na realidade.

A Bioética de Intervenção propõe-se ser interlocutora entre a pessoa, a sociedade e o Estado (FEITOSA; NASCIMENTO, 2015). Ao analisar o profissional na perspectiva da bioética, suas ações no que se refere à ética da responsabilidade individual e pública e interventiva, podem subsidiar ações favoráveis aos vulnerados, aspecto inerente no atendimento de mulheres em situação de violência sexual, por essas constituírem-se em pessoas vulneradas e que necessitam da promoção da autonomia no sentido de libertação, do seu empoderamento, da sua emancipação e no direito de uma vida sem violência (SILVA; DRUMMOND; GARRAFA, 2011).

Outra faceta do estudo é o envolvimento do profissional. O envolvimento é algo como descrito nas falas que “adentra” o profissional, há um envolvimento que o faz estar imerso na situação. A situação da violência sexual relatada pelas mulheres no momento da abordagem e que adentra a vida do profissional, causando dor e sofrimento pode impactar na rotina de atendimento, bem como a impossibilidade de resolução do problema da mulher pela “distância” entre o idealizado nas políticas públicas e as dificuldades do cotidiano de trabalho (GOMES; RAMOS, 2014).

O fato de hesitar em atender casos de violência sexual pode ser ainda uma rejeição de que a violência está inclusa no atendimento em saúde, constituindo um desafio para a equipe porque muitos profissionais não estão preparados para abordar esse tipo de situação (OSIS; DUARTE; FAÜNDES, 2012; GARBIN et al., 2016). A violência sexual marca a impotência humana, despertando nos

profissionais sentimentos e confrontos que podem gerar desconforto em atender casos de violência sexual por ser ela - a violência sexual - complexa e carregada de sentimentos que remontam a própria natureza humana de quem atende (OLIVEIRA et al., 2016).

O trabalho em equipe é um aspecto positivo como mencionado em algumas falas. É uma soma de conhecimentos e partilha de experiências que dá agilidade e qualidade no atendimento à mulher em situação de violência sexual (COSTA et al., 2013). Logo, o acesso aos serviços de saúde e garantia dos direitos também são aspectos intrínsecos do trabalho em equipe, por conta de que a atuação da equipe na articulação dos serviços proporciona esse acesso universal e integral à mulher em situação de violência sexual (GARRAFA, 2012 a).

Na categoria intersetorialidade, contextualiza-se o movimento produzido por alguns profissionais - que vai além da instituição - e acorda ao exposto: o enfrentamento da violência sexual contra a mulher é multiprofissional e intersetorial (PEDROSA; DINIZ; LIMA E MOURA, 2016). É um movimento de toda a sociedade civil e governamental, envolve a sensibilização da comunidade e múltiplas estratégias pelo fim da violência. A proposta de intersetorialidade e equipe multiprofissional na abordagem também são evidenciadas em estudos internacionais (GARCÍA-MORENO et al., 2015; STEWART et al., 2015).

Por fim, a instrumentalização profissional possibilita inferir que o conhecimento acerca da violência sexual favorece a segurança dos profissionais na abordagem e no lidar com a mulher violentada sexualmente. A experiência enfatizada nas falas aponta a importância de conhecer e estar preparado emocionalmente e tecnicamente nos casos de violência sexual. Estudos evidenciam que a capacitação qualifica a abordagem dos profissionais que, por exemplo, atuam na área da saúde (GOMES et al., 2013, BAPTISTA et al., 2015). Um estudo internacional também conclui que a capacitação dos profissionais é um elemento importante na abordagem à mulher em situação de violência (GARCÍA-MORENO et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem e a forma como esta é desenvolvida demonstra o comprometimento do profissional com a função assumida e nas políticas de assistência em situações de violência sexual. Além disso, há o empenho subjetivo no enfrentamento das dificuldades do contexto de

atendimento, principalmente com a falta de algumas categorias de profissionais.

No entanto, ainda persiste a resistência em atender casos e violência sexual e falta de preparação profissional na abordagem. A formação continuada dos profissionais e a consolidação das políticas públicas na perspectiva de rede encontram respaldo na proposta da Bioética de Intervenção. A primeira fortalece o profissional e a segunda assegura à mulher o acesso à saúde e aos direitos de proteção e apoio psicossocial. Entretanto, ambos os elementos estão interrelacionados e são codependentes.

Apesar das limitações impostas pelo desenho deste estudo, ele anuncia uma lacuna na produção do conhecimento que articula a perspectiva bioética para reflexões aplicadas à atenção às mulheres em situação de violência sexual. Especialmente, a Bioética da Intervenção fomenta a incorporação de seus preceitos como efetivos para ações ética-profissionalmente responsáveis.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, R. S. et al. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros .

Rev. Rene, v.16, n.2, p.210-7, 2015 . Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12654/1/2015_art_rsbaptista.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

BARROS, L. A. et al. Vivência de (des) acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n.2, p.193-200, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0193.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Norma técnica:**

atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios [Impres]. 1ª ed. Brasília, 2015 a.43p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada [Impres]. Brasília, 2015 b.63p.

_____. _____. _____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília, 2011 a.72p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_domestica.pdf>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica**. 3. ed. atual. e ampl., 1. [reimpr]. Brasília, 2012 a.124p.

_____. _____. _____. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, 2011d.48p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2015.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. _____. _____. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 17 abr. 2015.

BRIERLEY, G. et al. Psychological advocacy toward healing (PATH): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v.14, n.221, 2013. Disponível em: <<http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-14-221>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – "Convenção de Belém do Pará". 1994**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

COSTA, D.A. et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.2, p.302-9, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6539/1/2013_art_acpthenriques1.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, p.889-898, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

FEITOSA, S. F; NASCIMENTO, W. F. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. **Rev. bioét.**, v.23, n.2, p. 277-84, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200277>. Acesso em: 20 abr. 2016.

GARBIN, C. A. S. et al. Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família . **Arch Health Invest**, v.5, n. 1, p. 8-12, 2016. Disponível em: <<http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/1294>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GARCÍA-MORENO, C. et al. The health-systems response to violence against women. **The Lancet**, v.385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GARRAFA, V. Proteção e acesso à saúde com um bem social. In: HELLMANN, F. et al. **Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: DIOESC, 2012 a.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 20 abr.2015.

GOMES, N. et al. Preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 593-603,2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6754/6697>>. Acesso em: 19 maio 2015.

GOMES, N. et al .Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n.4, p. 683 - 689, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Nadirlene_Gomes2/publication/262463909_The_meaning_of_professional_training_for_the_care_of_women_victims_of_domestic_violence/links/00b4953c3d2ece6f3c000000.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

GOMES, D.; RAMOS, F.R.S. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. **Interface (Botucatu)**, v.18 n.49, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200289>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GOMES, D.; RAMOS, F.R.S. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.285-297, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0285.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

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, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0482.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M.S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 17, n.4, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a18.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MOBASHER, A. et al. Personality Psychopathology Among Female Victims of Domestic Violence Referred to the Forensic Medical Center, Ahvaz, Iran. **Advances in Environmental Biology**, v.8, n.9, p. 307-310, 2014. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A392176380&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OECD. Health Workforce Policies in OECD Countries - Right Jobs, Right Skills, Right Places. **FOCUS ON**, 2016. Disponível em: <<https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-workforce-policies-in-oecd-countries-Policy-brief.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OLIVEIRA, P.P. et al. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n.1, p.196-203, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

OLIVEIRA, P. S. et al. Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE** [on line], v.10, n.5, p.1828-39, 2016. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/>. Acesso em: 16 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

_____. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 abr. 2015.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n. 2, p.351-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OSIS, M. J. D.; PÁUDA, K. S.; FAÚNDES, A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, v.14 n.3, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bisvl3_miolo.pdf>. Acesso em: 21 maio 2015.

PEDROSA, C. M.; DINIZ, C.S. G.; LIMA E MOURA, V. G. A. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.6, p.1879-1887, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1879.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

PEREIRA, S.;VIANNA,L. A.C. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.48, n.2, p.315-20, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-315.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

PIRES, D.E.P. et al. (Orgs.). **Consolidação da legislação e ética profissional**. [impr]. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem. 2010, p.136.

SANTOS, I.L.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. **Rev. bioét.**, v.22, n.2, p.271-81, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p. 237-254, 2012. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>>. Acesso em: 19 maio 2016.

SILVA, L.E.S.; DRUMMOND, A; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: uma prática politizada na responsabilidade social. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 9, n. 2, p. 111-119, 2011. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/1510/1527>> Acesso em: 01 jul. 2016.

SOUSA, M.H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 94-107, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2016.

SOUZA, F.B.C.de. et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprod. clim.**, v.27,n.3, p.98 -103, 2013. Disponível

em: < http://ac.els-cdn.com/S141320871300006X/1-s2.0-S141320871300006X-main.pdf?_tid=c6d707d0-55b0-11e6-aff0-00000aab0f6c&acdnat=1469813022_babf4535c98a60947822cfa376b6609d>. Acesso em: 01 fev. 2016.

STEWART, D.E. et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. **BMC Public Health**, v.15, n. 665, 2015. Disponível em: < <http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A421698542&v=2.1&u=capex&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1263-1272, 2013 Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129046/000969541.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1 ed. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br>> Acesso em: 24 jun. 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o estudo, quisera eu que as linhas aqui escritas pudessem transmitir a vida que cada palavra contém. Vislumbrar o lugar de onde foram proferidas: ora de uma sala silenciosa, ora de entre o passar de uma maca e de pessoas seguindo seu curso, ora de um lugar que aconchega ou de uma praça, sentada num banco, sob o vento minuano e a sombra de uma árvore, ao lado de quem, com gestos, olhares e sentimentos proferira cada palavra, que agora compõe esse texto.

Havia uma apreensão sobre as entrevistas. Seriam as perguntas do instrumento as mais adequadas para atingir os objetivos do estudo? Então para avaliar realizou-se um pré-teste com duas profissionais de locais diferentes, e uma questão foi desmembrada em duas. E assim iniciou-se a coleta de dados. As entrevistas superaram as expectativas. O conteúdo advindo das entrevistas possibilitou constatar a magnitude da violência e a vivência de desafios no atendimento à mulher em situação de violência sexual pelos profissionais, na perspectiva da bioética.

A partir da análise dos dados coletados, os resultados foram agrupados em dois manuscritos. O primeiro direcionado aos problemas bioéticos relatados pelos profissionais no atendimento. Traz a discussão dos desafios que os profissionais experimentam a partir da situação da mulher que busca o atendimento, marcada pela discriminação e estigma, oriunda de um contexto caracterizado por vulnerabilidades sociais, em que os profissionais vão ser os mediadores entre a mulher e o acesso aos seus direitos. Ao mesmo tempo em que as políticas públicas também deveriam ser proteção e fomentar condições para a emancipação da mulher.

Emerge também a preocupação com as políticas públicas e o dever do Estado em possibilitar à mulher condições para transpor a situação de violência. Percebe-se a inquietação dos profissionais diante das inconformidades do Estado no enfrentamento da violência sexual contra a mulher. O município dispõe de serviços especializados no atendimento à mulher em situação de violência sexual, porém há lacunas na articulação intersetorial, comprometendo a proteção, apoio psicossocial e a assistência integral à saúde, especialmente no seguimento e acompanhamento da mulher no tratamento.

O manuscrito 2 trata da abordagem dos profissionais à mulher em situação de violência sexual. Há esforços em promover a proteção dessa

mulher através de um atendimento integral e inclusive de preencher as lacunas de categorias profissionais. Independente do local de atendimento é notório o comprometimento e, em alguns casos, até um envolvimento que transcende o âmbito profissional da equipe multiprofissional diante dos casos de violência sexual. Além disso, a equipe multiprofissional completa e atuante é um fator positivo que assegura a abordagem e atendimento de qualidade. Existe a apreensão da preparação do profissional na abordagem e atendimento desses casos. A formação continuada dos profissionais surge então como uma fonte que subsidia as ações do profissional, fortalecendo-o tecnicamente e emocionalmente na abordagem e atendimento.

A DUBDH, a Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção pautaram as discussões e forneceram elementos para uma análise voltada a políticas públicas que contribuem para o amparo e proteção das mulheres em situação de violência sexual. E o profissional, por meio de sua prática, pode intervir na realidade de maneira a promover o exercício da emancipação, o empoderamento da mulher e por sua vez o enfrentamento da violência sexual.

Desenvolver o estudo foi uma experiência enriquecedora e positiva. A colaboração, acolhida e conhecimento dos participantes agregaram “valor” e fizeram dessa pesquisa uma importante contribuição para o contexto de atendimento à mulher em situação de violência sexual. No entanto, falar de um tema tão doloroso e delicado, como é a violência sexual, foi um desafio, para mim como pesquisadora, profissional e mulher, acima de tudo. A dor que envolve a mulher em situação de violência sexual também pôde ser sentida nas entrelinhas das falas dos profissionais. Em todas as entrevistas foram expressos os desafios que é atender a mulher nessa situação: uma palavra dita como dificuldade ou dita como uma dor. Houve sempre um tom de sentimentos nas falas e a ênfase na violência sexual como um fenômeno complexo, em que a dor alheia é uma dívida ética.

Outros estudos podem ser realizados nessa perspectiva, pela aproximação da discussão da Bioética Social na reflexão acerca da prática profissional e políticas públicas que colaborem no atendimento pautado pelo respeito à dignidade humana, protetor e inclusivo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE NETTO, L. et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. esp, p.135-42, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500135>. Acesso em: 06 set. 2016.

AMEELE, S. V. D. et al. The role of the healthcare sector in the prevention of sexual violence against sub-Saharan transmigrants in Morocco: a study of knowledge, attitudes and practices of healthcare workers. **BMC Health Services Research**, v.13, n.77, 2013. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A323612548&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

BAPTISTA, R. S. et al. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros.

Rev. Rene, v.16, n.2, p.210-7, 2015. Disponível em:

<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12654/1/2015_art_rsbaptista.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

BARROS, L. A. et al. Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n.2, p.193-200, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0193.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

BONNET, F. R.; CINTRA, R. B. Protocolos e iniciativas de atendimento médico-legal em casos de violência sexual em mulheres: comparação entre os achados no Brasil e no mundo. **Saúde, Ética & Justiça**, v.19, n.1, p.45-51, 2014. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/97140/96204>>. Acesso em: 22 maio 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. DATASUS. **Consulta Estabelecimento** - Módulo Hospitalar – Leitos. [2016]. Disponível em:<
http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCo dMunicipio=431410&NomeEstado=RIO%20GRANDE%20DO%20SU L>. Acesso em: 31 ago. 2016.

_____. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. **Promotorias de Justiça**. [2015]. Disponível em:<<https://www.mprs.mp.br/promotorias/comarca?mseq=91>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

_____. Portal da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde - Redes Prioritárias**. [2016]. Disponível em:<
http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 17 abr. 2015.

_____. _____. _____. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. 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. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 23 abr. 2015.

_____. _____. _____. **Portaria 1.271, de 06 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras

providências. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

_____. _____. **Portaria interministerial SPM/MJ/MS nº 288, de 25 de março de 2015.** Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/2648-288>>.

Acesso em: 17 jul. 2016.

_____. _____. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Norma técnica:** atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios [Impres]. 1. ed. Brasília, 2015 a. 43p.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada** [Impres]. Brasília, 2015 b. 63p.

_____. _____. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília, 2011 a. 72p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_notificacao_violencia_domestica.pdf>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** 1. ed., 1. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a. 300p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

_____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica.** 3. ed. atual. e ampl., 1. [reimpr]. Brasília, 2012 a. 124p.

_____. _____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.82 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

_____. _____. _____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. _____. _____. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. _____. _____. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011e. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 14 maio 2015.

_____. _____. _____. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Presidência da República Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça. UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres – DEAMS**. Edição atualizada, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/leimaria-da-penha/leimaria-da-penha/norma-tecnica-de-padronizacao-das-deams-.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. _____. _____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 17 abr. 2015.

_____. _____. _____. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 17 abr. 2015.

_____. _____. _____. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm>. Acesso em: 17 jul. 2016.

BRIGAGÃO, J.I.M.; SANTOS, F.B. P.; SPINK, P.K. A sustentabilidade e a continuidade de redes de articulação: o caso do Iluminar Campinas. **Saúde Soc.**, v.25, n.2, p.361-368, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00361.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BRIERLEY, G. et al. Psychological advocacy toward healing (PATH): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v.14, n.221, 2013. Disponível em: <<http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-14-221>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

CAETANO, R.; GARRAFA, V. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Rev. bioét.**, v.22, n.1, p.34-44, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422014000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jun. 2015.

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**, n. 28, p. 99-124, 2012. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/6artigo.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CEVS). **Tabulações da Vigilância Epidemiológica (TABNET)/ SINAN**. CEVS/SES/RS, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

CHIMAH, C. U. et al. Comparative analysis of prevalence of intimate partner violence against women in military and civilian communities in Abuja, Nigeria. **International Journal of Women's Health**. v. 7, p. 287-295, 2015. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/comparative-analysis-of-prevalence-of-intimate-partner-violence-against-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH#>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

CONTRERAS, J. M. et al. **Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários**. 2010. Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/sexual_violence_LA_Caribbean_p.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

CONVENÇÃO BELÉM DO PARÁ. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – "Convenção de Belém do Pará". 1994**. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

COSTA, D. A. et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.2, p.302-9, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6539/1/2013_art_acpthenriques1.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

CORGOZINHO, M. M.; OLIVEIRA, A. A. S. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.2, p.431-441, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00431.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

CORTES, L. F. et al. Evidências acerca da atenção à saúde das mulheres em situação de violência . **Rev. Rene.**, v. 16, n.6, p.1006-15, 2015 a. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2890>>.

Acesso em: 05 set. 2016.

CORTES, L. F. et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n. esp., p. 77-84, 2015 b. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med.**, São Paulo, v.92, n.2, p.134-140, 2013. Disponível em:

<<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usu%C3%A1rio/Desktop/79953-110341-1-SM%20usp.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2015.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, p.889-898,2013. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

FEITOSA, S. F; NASCIMENTO,W. F. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. **Rev. bioét.**, v.23, n.2, p. 277-84, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200277>. Acesso em: 20 abr. 2016.

FERNANDES, L.M. Traduzir a língua do medo para superar a cultura de estupro. **Revista Gênero & Direito**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/23590>>.

Acesso em: 19 maio 2016.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015**. Disponível em:

<http://www.forumseguranca.org.br/produtos/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/9o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica>. Acesso em: 20 abr.2016.

FREITAS, E.E.C.; SCHRAMM; F. R. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. **Rev. bioét.**, v. 21, n.2, p.318-27, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/822/910>. Acesso em: 06 set. 2016.

GARBIN, C. A. S. et al. Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família . **Arch Health Invest**, v.5, n. 1, p. 8-12, 2016. Disponível em: <<http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/1294>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GARCÍA-MORENO, C. et al. The health-systems response to violence against women. **The Lancet**, v.385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005 a. Disponível em: <<http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/garrafa.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015

_____. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005 b. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102>. Acesso em: 20 abr. 2015

_____. Proteção e acesso à saúde com um bem social. In: HELLMANN, F. et al. **Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: DIOESC, 2012 a.

_____. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. **Rev. bioét.** , v.20,n.1, p. 9-20, 2012 b. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361533258002.pdf>>. Acesso em: 11 ago 2016.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista**

Bioética, Brasília, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em:

<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 20 abr.2015.

GARRAFA, V; MARTORELL, L.B.; NASCIMENTO, W. F. Críticas ao principalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul.

Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.442-451, 2016. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/118312/115858>>.

Acesso em: 11 ago. 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GODOI, A.M.M.; GARRAFA, V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, p.157-166, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100157>. Acesso em: 06 set. 2016.

GOMES, N. et al. Preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. **Revista Baiana de**

Enfermagem, v. 26, n. 3, p. 593-603, 2012. Disponível em:

<<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6754/6697>>. Acesso em: 19 maio 2015

GOMES, N. et al .Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n.4, p. 683 - 689, 2013. Disponível em: <

https://www.researchgate.net/profile/Nadirlene_Gomes2/publication/262463909_The_meaning_of_professional_training_for_the_care_of_women_victims_of_domestic_violence/links/00b4953c3d2ece6f3c000000.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

GOMES, D.; RAMOS, F.R.S. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. **Interface** (Botucatu), v.18 n.49, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200289>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GOMES, D.; RAMOS, F.R.S. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal

coletiva. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.285-297, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0285.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

GUEDES, R.N; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n.2, p.304-11, 2013. Disponível em: < www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 16 ago. 2016.

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, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0482.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

HELLMANN, F.; VERDI, M. Bioética social: reflexões sobre referenciais para a saúde. In: HELLMANN, F. et al. **Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: DIOESC, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)**. Brasília, 2014. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=21849&catid=8&Itemid=6>. Acesso em: 22 maio 2015.

_____. **Nota Técnica: A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (versão preliminar)**. Brasília, 2015. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27406&Itemid=6>. Acesso em: 26 de jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades**. [2015]. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=43&search=rio-grande-do-sul&lang=>>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

KOTTOW, M. Bioética de Proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, F. R. et al. **Bioética, riscos e proteção**. 2.ed.Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz, 2009.

LEITE, M. T. S. et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.1, p.85-92, 2014. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 16 ago. 2016.

LESSA, S.C.; SCHRAMM, F.R. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.1, p.115-124, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00115.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2016.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M.S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 17, n.4, 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a18.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

LIMA, C. A.; DESLANDES, S.F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.787-800, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300787&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 set. 2016.

MARQUES, A. M. F.B. et al. O cuidado à saúde à pessoa com amputação: análise na perspectiva da bioética. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n.4, p. 898-906, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00898.pdf>. Acesso em: 2 maio 2015.

MESSIAS, P. P. et al. Bioética e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: revisão de literatura. **Acta Bioethica**, v.22, n.1, p. 91-100, 2016. Disponível em: <<http://www.revistaderechopublico.uchile.cl/index.php/AB/article/view/File/41717/43219>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed.São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MOBASHER, A. et al. Personality Psychopathology Among Female Victims of Domestic Violence Referred to the Forensic Medical Center, Ahvaz, Iran. **Advances in Environmental Biology**, v.8, n.9, p. 307-310, 2014. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A392176380&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.3, p.814-827, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OECD. Health Workforce Policies in OECD Countries - Right Jobs, Right Skills, Right Places. **FOCUS ON**, 2016. Disponível em: <<https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-workforce-policies-in-oecd-countries-Policy-brief.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OLIVEIRA, P.P. et al. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n.1, p.196-203, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf>. Acesso em: 19 maio 2016.

OLIVEIRA, P. S. et al. Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE** [on line], v.10, n.5, p.1828-39, 2016. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OLIVEIRA, R. G. V.; VENTURA, C.A.A. Redução da sobrevivência nos crimes de agressão sexual e violência doméstica por meio de um atendimento humanizado, intersetorial e multiprofissional: Panorama da Legislação Federal. **Revista Paradigma**, n. 22, p. 163-178, 2013. Disponível em: <<http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/paradigma/article/view/228/321>>. Acesso em: 13 maio 2015.

OLIVEIRA, R.N.G.; FONSECA, R.M. G.S. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da

produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.48, n.2, p.32-39, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

OLIVEIRA; R.N.G.; FONSECA, R. M. G. S. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Forthcoming, 2015. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlae >. Acesso em: 06 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e Sociedade Brasileira de Bioética. Paris, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acessado em: 06 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

_____. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 abr. 2015.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n. 2, p.351-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

OSIS, M. J. D.; PÁUDA, K. S.; FAÚNDES, A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, v.14 n.3, 2013. Disponível

em:<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bisv13_miolo.pdf>. Acesso em: 21 maio 2015.

PEDROSA, C. M.; DINIZ, C.S. G.; LIMA E MOURA, V. G. A. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.6, p.1879-1887, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1879.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

PEREIRA, S.;VIANNA,L. A.C. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. **Rev. Esc.Enferm. USP**, São Paulo, v.48, n.2, p.315-20, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-315.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2015.

PIRES, D.E.P. et al. (Orgs.). **Consolidação da legislação e ética profissional**. [impr]. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem. 2010, p.136.

PORTO, D. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: PORTO, D. et al. **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/ Cátedra Unesco de Bioética/ SBB, 2012, p. 110.

_____. Bioética na América Latina: desafio ao poder Hegemônico. **Rev. Bioét.**, v.22, n.2, p. 213-224, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/03.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

PORTO, D.; GARRAFA,V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.719-729, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a02v16s1.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

PREFEITURA DE PASSO FUNDO. **Cidade**. Passo Fundo [2015]. Disponível em: <<http://pmpf.rs.gov.br/>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

_____. **Saúde**. Passo Fundo [2015]. Disponível em: <<http://pmpf.rs.gov.br/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. **Secretaria de Cidadania e Assistência Social**. Passo Fundo [2015]. Disponível em: <<http://pmpf.rs.gov.br/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

PURI, M. et al. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. **BMC Research Notes**, v.5, n.291, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474176/>>. Acesso em: 16 ago 2016.

SANTOS, I.L.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. **Rev. bioét.**, v.22, n.2, p.271-81, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3203-3212, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p. 237-254, 2012. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>>. Acesso em: 19 maio 2016.

SCHRAMM, F.R. A bioética de proteção é pertinente e legítima? **Rev. bioét.**, v. 19, n.3, p.713-724, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361533257009.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n.4, p.949-956, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029>. Acesso em: 19 maio 2016.

SERISIER, T. "How Can a Woman Who Has Been Raped Be Believed?". Andrea Dworkin, *Sexual Violence and the Ethics of Belief*. **DIEGESIS**, v. 4, n.1, p. 68-87, 2015. Disponível em: <<https://www.diegesis.uni-wuppertal.de/index.php/diegesis/article/view/191/259>>. Acesso em: 06 set. 2016.

SILVA, L.E.S.; DRUMMOND, A; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: uma prática politizada na responsabilidade social. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 9, n. 2, p. 111-119, 2011. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/1510/1527>> Acesso em: 01 jul. 2016.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015 a. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63033062028>>. Acesso em: 16 ago 2016.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A. C. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 229-237, 2015 b. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71438421028>>. Acesso em: 05 set. 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio) ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.24, n.1, p.113-128, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104593/103301>>. Acesso em: 06 set. 2016.

SOUSA, F.O.S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1283-1293, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401283>. Acesso em: 22 maio 2015.

SOUSA, M.H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual.

Rev. Bras. Epidemiol., v. 18, n. 1, p. 94-107, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2016.

SOUZA, F.B.C.de. et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprod. clim.**, v.27,n.3, p.98 -103, 2013. Disponível em: < http://ac.els-cdn.com/S141320871300006X/1-s2.0-S141320871300006X-main.pdf?_tid=c6d707d0-55b0-11e6-aff0-00000aab0f6c&acdnat=1469813022_babf4535c98a60947822cfa376b6609d>. Acesso em: 01 fev. 2016.

STEWART, D.E. et al. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. **BMC Public Health**, v.15, n. 665, 2015. Disponível em: < <http://go-galegroup.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A421698542&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

TRIGUEIRO, T. H. et al. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n.2, p.249-56 , 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40355>>. Acesso em: 06 set. 2016.

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (UPF). **Projeto de Extensão: PROJUR/Mulher - Prestação Jurídica e Atendimento Multidisciplinar às Mulheres Vítimas de Violência e Familiares.**

Passo Fundo [2016]. Disponível em: <http://www.upf.br/direito/index.php?option=com_content&view=article&id=34&Itemid=35>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. **Projeto de Extensão: CEPAVI - Clínica de Prevenção, Intervenção e Acompanhamento em Situações de Violência.** Passo Fundo [2015]. Disponível em: <<http://www.upf.br/psicologia/index.php/projetos-de-extensao>>. Acesso em: 22 maio 2015.

_____. **Sobre Passo Fundo.** Passo Fundo [2012]. Disponível em: <http://www.upf.br/selecaodocente/index.php?option=com_docman&Itemid=4>. Acesso em: 04 ago. 2015.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1263-1272, 2013 Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129046/000969541.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1 ed. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.mapadaviolencia.org.br>> Acesso em: 24 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence**. World Health Organization, 2012. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_36/en/>. Acesso em: 13 maio 2015.

_____. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. World Health Organization, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>> Acesso em: 13 mar 2015.

_____. **Global status report on violence prevention 2014**. World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/>. Acesso em: 22 jun. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:
pen@ccs.ufsc.br / secretariapen@ccs.ufsc.br



Data: _____ Horário: _____
 Idade: _____ Sexo: () F () M
 Profissão: _____
 Tempo na função: _____
 Rede de atenção a saúde () Rede de proteção () Rede de apoio social ()
 Instituição: _____

1. Como você descreve a organização (fluxo e instituições) do atendimento a mulher vítima de violência sexual no município?
2. De que modo a mulher em situação de violência sexual chega até você (no serviço em que você atua)? Quem encaminha? Para quem você encaminha após o atendimento?
3. Descreva as potencialidades e as dificuldades do acesso a rede da mulher em situação de violência sexual?
4. Descreva as potencialidades e as dificuldades do atendimento à mulher em situação de violência sexual no município.
5. Descreva de que modo a sua atuação profissional está interligada à rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município.
6. Quais as dificuldades e as facilidades vivenciadas por você na abordagem a mulheres em situação de violência sexual? Exemplifique.
7. Como você lida com os problemas éticos que você enfrenta diante de casos de mulheres violentadas sexualmente? Descreva um problema ético vivenciado por você?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

 Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC

Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail:

pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **Rede intersetorial no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do RS/Brasil: análise na perspectiva da bioética.** É desenvolvido pela mestranda em enfermagem **Daiane Trentin** (RG nº: 8060416651 - SSP/RS - CPF nº: 966.501.680-68). Trata-se de pesquisa pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem e sob orientação da Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (pesquisadora responsável).

- ✓ O projeto de pesquisa tem como objetivo principal: analisar o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do Rio Grande do Sul, na perspectiva da equipe multiprofissional, sob o olhar da bioética.

Desta forma convidamos para participar da seguinte atividade: **ENTREVISTA** individual a ser marcada em data e local de sua conveniência. O registro dos dados colhidos será realizado por meio de gravação, caso haja seu consentimento. A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre o fluxograma de atendimento a mulher em situação de violência sexual.

A pesquisa possui natureza educacional, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. No entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve riscos como a possibilidade de desconforto e, caso venha a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados (entrevista), poderá ser encaminhado para serviço de Apoio Psicológico. E, na eventualidade da possibilidade de risco de perda do emprego, a entrevista não será realizada; caso a entrevista esteja em andamento a mesma será interrompida e, na situação da

entrevista ter sido efetuada, os dados oriundos dessa entrevista serão excluídos imediatamente para fins de resultados da presente pesquisa.

A pesquisa conta com sua participação de forma voluntária e por isso fique totalmente a vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem precisar justificar-se ao tomar a decisão de retirar-se do estudo. Você não terá que arcar com qualquer custo ou prejuízo no decorrer da execução da pesquisa. Porém, caso alguma despesa extraordinária associada e comprovadamente vinculada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos previstos pela lei. De acordo com a legislação brasileira, não é permitido qualquer retribuição financeira pela sua participação em pesquisa, mas haverá ressarcimento pelas despesas que possivelmente venha a ter, desde que seja devidamente comprovado esse custo vinculado diretamente com a pesquisa, mesmo que o projeto não tenha recursos disponíveis para esse evento. Garantimos igualmente a você o direito a indenização por danos eventuais, comprovadamente vinculados a sua participação no estudo, de acordo com os termos previstos em lei.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições de: consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo; garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional; respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral; liberdade de recusa à participação total; amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Eu.....
,fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que serei entrevistado (a) por cerca de 30 minutos sobre a rede de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. A entrevista será gravada e ocorrerá em um local privativo. Visto que não será remunerada a participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 2016.

As pesquisadoras colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos endereços informados neste termo ou pessoalmente. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação e serão guardadas pela pesquisadora principal pelo período de (5) cinco anos.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas

Telefone para contato: (48) 91423090

E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br

Pesquisadora principal: Mda. **Daiane Trentin**

Telefone para contato: (54) 99587892

E-mail: daitrentin@yahoo.com.br

CEPSH – Comitê de ética e pesquisa com seres humanos

Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R:

Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

Município: Florianópolis

UF: SC

CEP: 88.040-400

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE INTERSETORIAL NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO RS/BRASIL: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA.

Pesquisador: mara ambrosina de oliveira vargas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50935915.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.353.999

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Área Concentração 'Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem' que visa "Analisar o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do Rio Grande do Sul, na perspectiva da equipe multiprofissional, sob o olhar da bioética". "O estudo será realizado com [20] profissionais que atendem mulheres vítimas de violência sexual, nas instituições: 2 (dois) hospitais de referência, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que coordena o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e a Estratégia Saúde da Família (ESFs); na Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS) que coordena o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e a Casa Abrigo; na Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher; no Ministério Público; e na Clínica de Prevenção, Intervenção e Acompanhamento em Situações de Violência (CEPAVI)".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do Rio Grande do Sul, na perspectiva da equipe multiprofissional, sob o olhar da bioética.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.prospeq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.353.969

Objetivo Secundário:

Descrever o fluxograma de atendimento a vítimas de violência sexual do município e relacionar com o estabelecido na legislação vigente. Investigar como os profissionais realizam a abordagem a mulheres vítimas de violência sexual. Analisar os problemas e as questões bioéticas vivenciados pelos profissionais que integram a equipe que atua no fluxo intersetorial de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nessa versão foram acrescentados os riscos no TCLE e resolvidas as incongruências em relação a esse aspecto.

No que se refere aos benefícios, estes "constituem a colaboração da construção do conhecimento na e para a sociedade, proporcionando subsídios para os estudos sobre o fluxograma de atendimento e a prática do atendimento a mulheres em situação de violência sexual". Espera-se também "Contribuir na reorganização do fluxo de atendimento à mulheres vítimas de violência sexual no município; Fomentar a discussão desta temática, junto aos órgãos competentes e à população em geral; Retratar as questões e problemas bioéticos inerentes ao atendimento da equipe multiprofissional às mulheres vítimas de violência sexual".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Estudo de natureza qualitativa, de abordagem exploratória e descritiva. [...] Os participantes da pesquisa serão membros da equipe multiprofissional dos locais selecionados, de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no município. A amostra será intencional, totalizando mínimo de 20 profissionais. A seleção dos participantes para a entrevista será realizada de acordo com os critérios de inclusão: os participantes serão homens e/ou mulheres, de nível superior e que tenham atendido ou atendem mulheres vítimas de violência sexual, independentemente de idade, sexo, horário de trabalho e tempo de atuação. Critérios de exclusão são: profissionais que se encontrarem de férias, afastados legalmente por algum tipo de licença. Os dados serão coletados pela pesquisadora, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil. O estudo proposto utilizará como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada e a análise documental. As entrevistas individuais serão gravadas (com consentimento do participante) e posteriormente transcritas na íntegra para análise do discurso. A coleta de dados ocorrerá no período de fevereiro a maio de 2016. O tempo previsto para a entrevista é de 30 minutos. A análise documental terá a finalidade de verificar o que o município possui de documentos acerca do fluxo de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e o prescrito na legislação vigente. Constituir-se-á na análise de Políticas, Leis, Decretos e Resoluções

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Daxembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8294 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.353.969

referentes à violência sexual. A entrada no campo, para realização da pesquisa, prevê uma reunião com a coordenadora das Doenças e Agravos Não Transmissíveis da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde/RG e com a coordenadora do setor de Vigilância em Saúde do município da Secretaria Municipal de Saúde, para estabelecer o fluxo das entrevistas. Após, será realizado contato via telefone com o responsável da instituição-chave que indicará o informante-chave da mesma, com posterior agendamento via telefone do horário conforme disponibilidade do participante no local de trabalho, garantindo a privacidade. O ponto de partida do estudo dar-se-á pela Secretaria Municipal de Saúde. A técnica de análise do material qualitativo será a Análise Crítica de Discurso, segundo Fairclough. [...] Documentos da Secretaria Municipal de Saúde e 6ª Coordenaria de Saúde do Rio Grande do Sul. A análise documental terá a finalidade de verificar o que o município possui de documentos acerca do fluxo de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e o prescrito na legislação vigente. Constituir-se-á na análise de Políticas, Leis, Decretos e Resoluções referentes à violência sexual.”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nessa versão do protocolo de pesquisa, todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente:

1- O TCLE foi revisado nos seguintes aspectos: (a) Foi retirada a frase “A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos” e revisado o parágrafo para que ali conste tanto os possíveis riscos iminentes da pesquisa como as medidas tomadas para minimizá-los; (b) Foram acrescentadas informações sobre o fato de não haver

qualquer prejuízo ao participante, no caso de desistência da participação no estudo; (c) Foram acrescentadas informações sobre a garantia de ressarcimento no caso de eventuais gastos decorrentes da pesquisa; (d) Foram acrescentadas informações sobre a garantia de indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; (e) Foram acrescentados o endereço e o telefone correto do CEPIS-UFSC.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa “REDE INTERSETORIAL NO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM MUNICÍPIO DO RS/BRASIL: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA” deve ser considerado APROVADO.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8294 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.353.889

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_523309.pdf	30/11/2015 10:35:44		Aceito
Outros	CARTA.pdf	30/11/2015 10:35:00	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO1.pdf	28/11/2015 17:01:10	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
TOLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	28/11/2015 16:58:58	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
TOLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TOLE.pdf	13/11/2015 10:23:12	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	13/11/2015 10:22:22	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	ANALISEDOCUMENTAL.pdf	10/11/2015 13:45:04	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	10/11/2015 13:44:18	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	10/11/2015 13:37:15	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	SMS.pdf	10/11/2015 13:32:51	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	SEMCAS.pdf	10/11/2015 13:32:06	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	MP.pdf	10/11/2015 13:31:11	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	HSVP.pdf	10/11/2015 13:30:19	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	HC.pdf	10/11/2015 13:28:41	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	DEAM.pdf	10/11/2015 13:27:47	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	CEPAVI.pdf	10/11/2015 13:26:52	maria ambrosina de oliveira vargas	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-000
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8394 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Contribuição do Peticion: 1.353.999

Aprovado

Neocscita Apreolação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 07 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8054 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br