



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Daiane Trentin

**Desenvolvimento de um fluxograma para o atendimento a mulheres em situação de
violência sexual**

Florianópolis
2021

Daiane Trentin

Desenvolvimento de um fluxograma para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Florianópolis
2021

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

Trentin, Daiane

Desenvolvimento de um fluxograma para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual / Daiane Trentin ; orientadora, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, 2021.
179 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Violência Contra a Mulher. 3. Delitos Sexuais. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Colaboração Intersetorial. I. Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Daiane Trentin

Desenvolvimento de um fluxograma para o atendimento a mulheres em situação de violência sexual

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Monica Motta Lino, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Sandra Maria Cezar Leal, Dra.

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Denise Antunes de Azambuja Zocche, Dra.

Universidade do Estado de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Profa. Jussara Gue Martini, Dra.

Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem PEN/UFSC

Profa. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.

Orientadora

Florianópolis, 2021.

AGRADECIMENTOS

“Fica sempre um pouco de perfume nas mãos que oferecem rosas, nas mãos que sabem ser generosas” (Judite Junqueira Vilela)

Ficou o perfume de uma etapa concluída - o doutoramento - plena de aprendizados e de agradecimentos.

Minha gratidão...

A Deus pela vida, à família, à mana Dani pela parceria na vida e na construção da tese. Às Irmãs do Divino Salvador, em especial à Irmã Raquel Travssini.

À Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, orientadora e amiga, que acreditou em mim - obrigada pelo auxílio e compreensão nos difíceis momentos durante o doutorado.

Ao grupo do laboratório de pesquisa Práxis, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC) e a Universidade Federal de Santa Catarina.

Às colegas: Tatiana, Graciela, Lara, Isabela, Micheli, Carol, Andrea e Franciele.

Às enfermeiras Raquel, Seila, Daivana e Sibeli.

À Solange e Juceli.

Aos amigos Ricardo e Cátia pela acolhida e presença.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade de participação e contribuições no estudo.

Aos participantes do estudo por aceitarem o convite, possibilitando a realização do mesmo.

A construção e conclusão desta tese tem o perfume de muitas pessoas que compartilharam de seu tempo, atenção e conhecimento. Obrigada!

RESUMO

Estudo com objetivo de elaborar um fluxograma de articulação dos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual, em um município do norte do Rio Grande do Sul. Delineamento metodológico realizado em quatro etapas: abordagem qualitativa, Revisão Integrativa da Literatura (RIL), estudo descritivo (mapeamento) e validação de conteúdo. Na etapa qualitativa, estudo com membros da equipe multiprofissional (30 profissionais) que atuam nos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual. Coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada. Realizada análise temática e utilizou-se o *software Atlas.ti*® 7.5.6 para auxiliar na organização dos dados. A RIL, segunda etapa, foi realizada em quatro bases de dados e em uma biblioteca digital, amostra final composta por 34 estudos. Na terceira etapa, ocorreu o mapeamento e georreferenciamento dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município. Para o georreferenciamento dos serviços foi utilizado o *Software ArcGIS*® 10.1. Na última etapa, a validação de conteúdo ocorreu por meio da técnica *Delphi*, a amostra constituiu em 14 juízes que responderam o formulário. Análise estatística realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo e Kappa. Os resultados foram organizados conforme as etapas e um capítulo acerca da elaboração do fluxograma. Na etapa qualitativa, foram identificadas as potencialidades e fragilidades do atendimento intersetorial à mulher em situação de violência sexual. Sinalizada a necessidade da articulação dos serviços e qualificação dos profissionais. A RIL evidenciou que há potencialidades do atendimento à mulher em situação de violência sexual, mas sobressaem fragilidades, como incipiente e inexistente articulação da rede de atendimento intersetorial, gerando demandas de construção, articulação e sustentabilidade da rede. No mapeamento dos serviços, com o georreferenciamento e a produção dos mapas, obteve-se a identificação dos espaços existentes no território, podendo projetar possibilidades de fluxo e por consequência melhorar a articulação entre os serviços. Na elaboração e validação do fluxograma foi descrito os passos da adaptação que ocorreu a partir do: Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde; documentos disponíveis *online*: Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes; Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; resultados da etapa qualitativa, da RIL e do mapeamento. Considerando o substantivo conjunto de informações coletadas, pode-se elaborar e validar o Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual. Este fluxograma possibilita a integralidade no atendimento por meio da articulação dos serviços intersetoriais e está inserido na proposta municipal e regional para o atendimento à mulher em situação de violência sexual. Conclusões: o fluxograma é parte essencial na articulação e passou a constituir um referencial para o município. Relevância para a área da enfermagem, da saúde e para a sociedade: contribui para o processo de trabalho em enfermagem e equipe interdisciplinar e transdisciplinar, direcionando condutas resolutivas na área da saúde e no atendimento à mulher, bem como, promoção da articulação intersetorial, na região em estudo.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher. Delitos Sexuais. Equipe de Assistência ao Paciente. Colaboração Intersetorial. Fluxograma. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Study with the objective of elaborating a flowchart for the articulation of intersectoral services for women in situations of sexual violence, in a municipality in the north of Rio Grande do Sul. Methodological design carried out in four stages: qualitative approach, Integrative Literature Review (RIL), descriptive study (mapping) and content validation. In the qualitative stage, I study with members of the multiprofessional team (30 professionals) who work in the services of assistance to women in situations of sexual violence. Data collection through semi-structured interview. Thematic analysis was performed and the Atlas.ti® 7.5.6 software was used to help organize the data. The second stage of the RIL was carried out in four databases and in a digital library, a final sample consisting of 34 studies. In the third stage, the mapping and georeferencing of services for women in situations of sexual violence occurred in the municipality. For the georeferencing of services, the ArcGIS® 10.1 Software was used. In the last step, the content validation occurred using the Delphi technique, the sample consisted of 14 judges who answered the form. Statistical analysis were performed using the Content Validity Index and Kappa. The results were organized according to the steps and a chapter on the elaboration of the flowchart. In the qualitative stage, the strengths and weaknesses of intersectoral care for women in situations of sexual violence were identified. The need for the articulation of services and qualification of professionals signaled. The RIL showed that there are potentialities for assisting women in situations of sexual violence, but weaknesses stand out, such as the incipient and inexistent articulation of the intersectoral care network, generating demands for the construction, articulation and sustainability of the network. In the mapping of services, with the georeferencing and the production of the maps, it was possible to identify the existing spaces in the territory, being able to project flow possibilities and, consequently, improve the articulation between the services. In the elaboration and validation of the flowchart, the steps of the adaptation that occurred from the: Flowcharts of Assistance to People in Situations of Sexual Violence in the Specialized Health Reference Services were described; documents available online: Technical standard: Prevention and treatment of injuries resulting from sexual violence against women and adolescents; Network to Combat Violence against Women; results of the qualitative stage, the RIL and the mapping. Considering the substantive set of information collected, it is possible to elaborate and validate the Flowchart for Assistance to Women in Situations of Sexual Violence. This flowchart allows comprehensive care through the articulation of intersectoral services and is inserted in the municipal and regional proposal for the care of women in situations of sexual violence. Conclusions: the flowchart is an essential part of the articulation and has become a reference for the municipality. Relevance for the area of nursing, health and society: it contributes to the nursing work process and interdisciplinary and transdisciplinary team, directing resolute conduct in the area of health and care for women, as well as promoting intersectoral articulation in the study region.

Keywords: Violence Against Women. Sex Offenses. Patient Care Team. Intersectoral Collaboration. Workflow. Validation Study.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da Rede de Enfrentamento à Violência contra às Mulheres e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.....	18
Figura 2 - Mapa das macrorregiões e regiões de saúde do RS	31
Figura 3 - Mapa da 6 ^a CRS.....	32
Figura 4 - Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP	42
Figura 5 - Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes .	42
Figura 6 - Etapas para desenvolver a técnica <i>Delphi</i> . Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	50

MANUSCRITO 1

Figura 1 - Potencialidades da rede intersetorial.....	61
Figura 2 - Fragilidades da rede intersetorial.....	62

MANUSCRITO 2

Figura 1 - Esquema de busca e seleção dos estudos. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.....	77
---	----

MANUSCRITO 3

Figura 1 - Localização geográfica do município de Passo Fundo/RS, 2019.....	101
Figura 2 - Distribuição da localização dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual, no município de Passo Fundo/RS, 2019.....	102
Figura 3 - Distribuição dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência (72 horas), no município de Passo Fundo /RS, 2019.....	103
Figura 4 - Distribuição da localização das Unidades de Saúde, no município de Passo Fundo/RS, 2019.....	104
Figura 5 - Distribuição da localização dos locais de dispensação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), na 6 ^a CRS de Passo Fundo/RS, 2019.....	105

ELABORAÇÃO DO FLUXOGRAMA PARA O ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Figura 1 - Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência da Saúde nas primeiras 72 horas. Passo Fundo, RS, Brasil, 2020.....	113
--	-----

Figura 2 - Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência da Saúde nas primeiras 72 horas ¹ (Em caso de procura em outra porta de entrada, o caso deve ser notificado e a pessoa encaminhada ao Serviço de Referência da Saúde). Passo Fundo, RS, Brasil, 2020	115
--	-----

MANUSCRITO 4

Figura 1 - Etapas da técnica <i>Delphi</i> . Florianópolis, SC, Brasil, 2020	120
Figura 2 - Distribuição dos juízes quanto ao tempo de atuação no serviço ou tempo de trabalho com a temática da violência sexual (n=14). Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos publicados pela OMS direcionados ao atendimento à mulher em situação de violência sexual. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	23
Quadro 2 - Estrutura, atribuições, principais atividades e insumos essenciais do SAE. Florianópolis, SC, Brasil, 2020	39
Quadro 3 - Organização da distribuição da PEP em situações de violência sexual. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	40

MANUSCRITO 2

Quadro 1 - Caracterização dos estudos acerca do atendimento às mulheres em situação de violência sexual, segundo: ano de publicação, país, título e objetivo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018	78
Quadro 2 - Potencialidades, demandas e fragilidades identificadas nos estudos selecionados. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.....	82

MANUSCRITO 4

Quadro 1 - Estrutura do Fluxograma avaliada pelos juízes - primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2020	122
---	-----

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 4

Tabela 1 - Kappa e IVC obtidos na primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2020 125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIHs	Autorizações de Internações Hospitalares
APS	Atenção Primária a Saúde
ARV	Antirretrovirais
BI	Bioética de Intervenção
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPAVI	Clínica de estudos, prevenção, intervenção e acompanhamento à violência
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMDIM	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAT	Doenças Transmissíveis
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DML	Departamento Médico Legal
ESF	Estratégia Saúde da Família
IO	Infecções Oportunistas
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PPD	Derivado Proteico Purificado
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids

RAIVS	Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SEMCAS	Secretaria de Cidadania e Assistência Social
SANEs	<i>Sexual Assault Nurse Examiners</i>
SAE	<i>Sexual Assault Examiner</i>
SART	<i>Sexual Assault Response Team</i>
SACs	<i>Sexual Assault Centres</i>
SIGs	Sistema de Informações Geográficas
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TARV	Terapia Antirretroviral
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPF	Universidade de Passo Fundo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS.....	22
1.1.1 Objetivo Geral	22
1.1.2 Objetivos Específicos.....	22
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 PANORAMA DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHER	23
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS, MARCOS LEGAIS E A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER	25
2.3 PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL E INTERPROFISSIONAL. PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR, TRANSDISCIPLINAR E INTERSETORIALIDADE	27
2.3.1 Multiprofissionalidade e interprofissionalidade.....	27
2.3.2 Perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar	28
2.3.3 Intersetorialidade	29
2.4 ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL NO RS E NO MUNICÍPIO.....	30
2.4.1 Serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no RS.....	32
2.4.2 Serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município.....	33
2.4.3 Rede de atendimento IST/HIV/Aids no RS.....	37
2.4.4 Profilaxia Pós-Exposição (PEP)	38
2.4.5 Serviços de Atenção a IST/HIV/Aids.....	38
2.4.6 Esquema do tratamento da PEP HIV.....	41
3 MÉTODO.....	43
3.1 ETAPA 1: ESTUDO QUALITATIVO	43
3.1.1 Tipo de estudo	43
3.1.2 Local do estudo	44
3.1.3 Participantes do estudo e amostra	44
3.1.4 Coleta dos dados	45
3.1.5 Análise dos dados.....	46
3.2 ETAPA 2: RIL.....	46
3.3 ETAPA 3: ESTUDO DESCRITIVO (MAPEAMENTO).....	47

3.4 ETAPA 4: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	48
3.4.1 A técnica <i>Delphi</i>	48
3.4.2 Participantes do estudo e amostra	51
3.4.3 Coleta dos dados	52
3.4.4 Análise dos dados.....	52
4 ASPECTOS ÉTICOS	53
4.1 BENEFÍCIOS	53
4.2 RISCOS	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 MANUSCRITO 1: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA REDE INTERSETORIAL	55
5.2 MANUSCRITO 2 - ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	72
5.3 MANUSCRITO 3 - MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA POSSIBILIDADE PARA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	96
5.4 ELABORAÇÃO DO FLUXOGRAMA PARA O ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	112
5.5 MANUSCRITO 4 - VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista	153
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	154
APÊNDICE C - Autorização 6ª CRS	157
APÊNDICE D - Autorização Raivs.....	158
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Juízes).....	159
APÊNDICE F - Declaração Núcleo Vigilância Epidemiológica.....	162
APÊNDICE G - Protocolo para Revisão Integrativa da Literatura.....	163
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 1.....	170
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 2.....	175
ANEXO C - Protocolo RAIVS.....	179

1 INTRODUÇÃO

A violência foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia global e um agravo de saúde pelos impactos prejudiciais na vida das pessoas e por vezes com consequências fatais (OMS, 2012). É uma interface recente com a área da saúde em que os profissionais passam a lidar com esse tipo de agravo, constituindo um desafio no atendimento (BAPTISTA *et al.*, 2015; MINAYO, 2018).

De acordo com a OMS, uma em cada três mulheres é acometida pela violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro (WHO, 2020). Conforme dados internacionais e nacionais, a violência sexual não é o tipo de violência mais prevalente que acomete a mulher, sendo a física a tipologia predominante (WAISELFISZ, 2015; WHO, 2013a). Entretanto, dentre os tipos de violência, a violência sexual é a que causa consequências mais impactantes do que os demais tipos. Atinge mulheres em todas as fases da vida e espaços sociais (BRASIL, 2012).

Dados de 2019 do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020) mostram o agravamento da situação da violência sexual no Brasil. Enquanto os dados de 2014, no Anuário de 2015, sintetizavam um estupro a cada 11 minutos; em 2019, contabiliza-se um estupro a cada 8 minutos no país. Ressalta-se que estes números representam apenas os casos notificados às polícias (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020). Aspecto que demonstra a face velada e a subnotificação da violência sexual.

Os dados do anuário mostram também que a maioria dos casos registrados de estupro e estupro de vulnerável são do sexo feminino (85,7%). E, entre as vítimas do gênero feminino, o percentual maior de estupros ocorreu na vida adulta (24,4 % das mulheres tinham mais de 18 anos) (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020). No estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2019, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), recebeu 3.040 notificações de violência sexual contra a mulher (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Segundo a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, “violência sexual é qualquer forma de atividade sexual não consentida” (RIO GRANDE DO SUL, 2019, p. 8). A violência sexual é um agravo de notificação compulsória imediata (deve ser realizada em até 24 horas nos casos suspeitos ou confirmados). A notificação tem fins epidemiológicos, é realizada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e não constitui uma denúncia policial, mas auxilia na definição de estratégias na área da saúde e outras áreas (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Os serviços de saúde se destacam na prestação do cuidado à mulher em situação de violência sexual, visto a possibilidade de contato com estes serviços nas situações de violência e em outras situações de saúde da mulher. Desse modo, requer vigilância dos profissionais na identificação de situações de violência sexual, que pode ser aguda ou crônica (RIO GRANDE DO SUL, 2019). A área da saúde constitui espaços de cuidado, de acolhimento e de apoio (CORTES; PADOIN, 2016, TRENTIN et al 2019). Um estudo com mulheres vítimas de estupro mostrou o relato destas apontando que foram bem acolhidas nos serviços de saúde, principalmente pela atenção recebida de profissionais médicos e enfermeiros (BARROS *et al.*, 2015).

Os serviços de saúde, tanto na esfera hospitalar quanto na saúde pública, atuam na articulação do atendimento, acolhida, manejo clínico, encaminhamentos e notificação (COSTA *et al.*, 2017; ARBOIT *et al.*, 2017). Profissionais, especialmente, enfermeiras (os) são fundamentais na acolhida e na promoção da articulação dos diferentes serviços intersetoriais (COSTA *et al.*, 2017).

Esta relação da área da saúde com violência sexual advém dos impactos prejudiciais da violência sexual à saúde da mulher em múltiplas dimensões a curto e longo prazo. As consequências desse ato podem incluir lesões físicas, gravidez, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Na saúde mental da mulher, pode ocorrer estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, comportamento suicida, entre outros. Além disso, a mulher pode ainda enfrentar o estigma e a rejeição de familiares e da sociedade (WHO, 2020).

Referente às recomendações no atendimento à mulher em situação de violência no Brasil, destaca-se a Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012); e a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011). A Rede de Enfretamento é mais ampla e inclui a articulação entre as instituições, serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, no desenvolvimento de estratégias contra a violência à mulher (BRASIL, 2011). Dentro da Rede de Enfrentamento, está a Rede de Atendimento, que é definida como

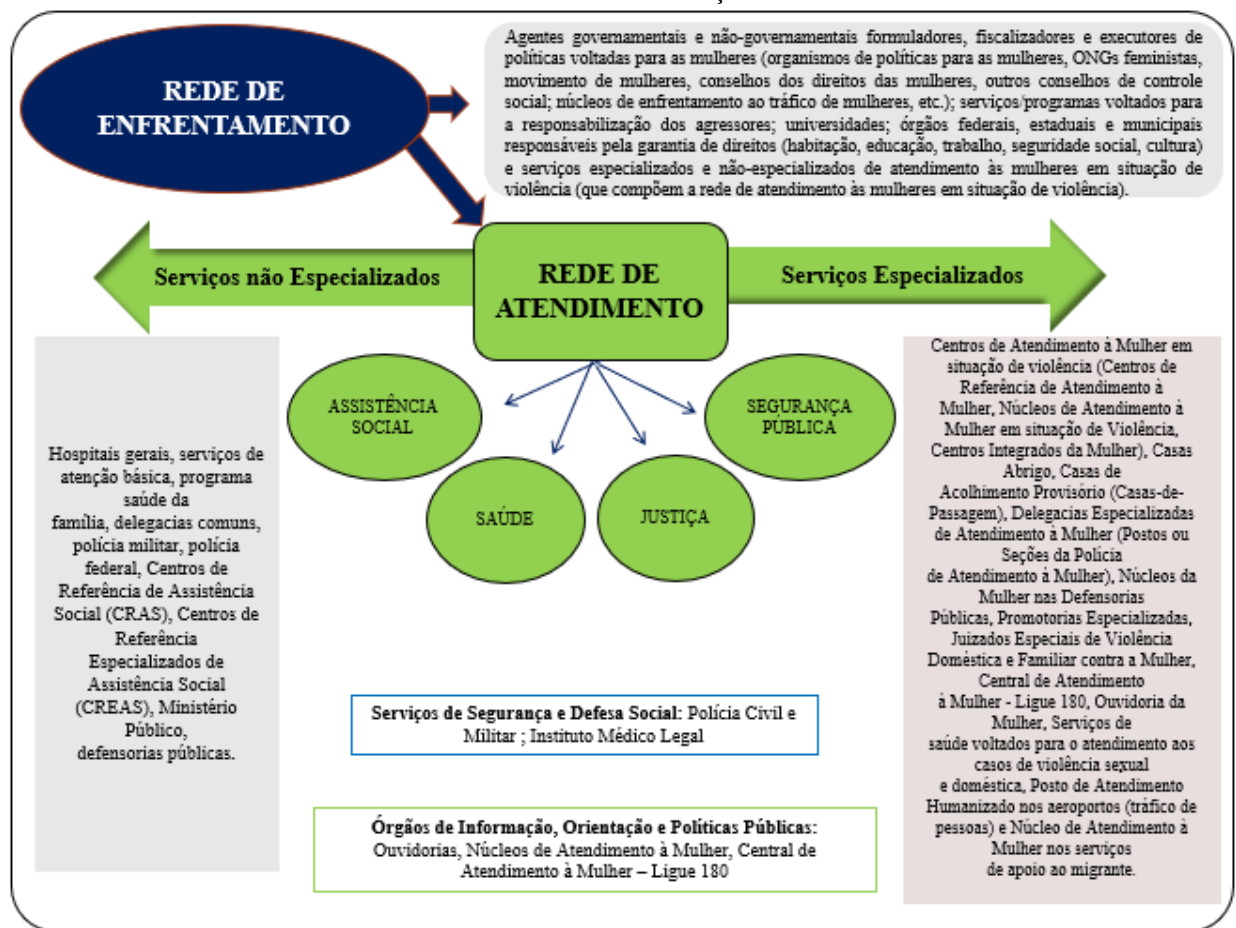
O conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento (BRASIL, 2011, p. 14).

A Rede de Enfrentamento concretiza os eixos da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres: combate, prevenção, assistência e garantia de direitos (BRASIL, 2011). Salienta-se que a Política Nacional é estruturada na perspectiva de rede, mas não dispõe

de uma portaria que institui a regulamentação como é o caso das redes prioritárias da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2016). Aos gestores municipais e estaduais compete a organização de redes integradas de atendimento, com a implantação, implementação e sustentabilidade (BRASIL, 2012).

Adotou-se, neste estudo, o termo articulação dos serviços intersetoriais, correspondendo à articulação da Rede de Atendimento. Nesse sentido, de acordo com o dicionário, o vocábulo SERVIÇO significa “trabalho prestado por empresas públicas ou privadas, profissionais liberais etc., para suprir uma necessidade coletiva ou de um consumidor; atendimento” (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008, p. 1177).

Figura 1 - Estrutura da Rede de Enfrentamento à Violência contra às Mulheres e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011.

É importante salientar que o atendimento em situações de violência sexual deve ser multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, articulado com a área de direitos humanos, policial, segurança pública e de justiça; tendo em vista o impacto da violência sexual na vida

produtiva, na saúde física e psíquica da mulher (WHO, 2017b). A composição da equipe multiprofissional mínima recomendada nos serviços de saúde é: assistente social, enfermeiro(a), farmacêutico(a), médico(a), psicólogo(a) e técnico(a) de enfermagem (BRASIL, 2014).

O atendimento com base na multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade busca a integralidade no cuidado. Esta discussão está intrínseca em situações de violência na área da saúde (MINAYO; SOUZA, 1997). A equipe multiprofissional constitui um potencial no cuidado e qualifica o atendimento (ARBOIT *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017). A perspectiva interdisciplinar por sua vez é uma proposta com vistas a responder à complexidade da violência sexual. Na literatura, identifica-se a necessidade deste trabalho interdisciplinar, articulando distintas óticas disciplinares e a possibilidade de espaços para discussões interdisciplinares e intersetoriais aos profissionais que atendem essas mulheres (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; COSTA *et al.*, 2017). De modo que assegurar a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a integralidade da atenção à mulher em situação de violência sexual advêm da rede estruturada de serviços (BRANCO *et al.*, 2020).

A instrumentalização profissional, que engloba capacitações, formação e treinamentos, contribui para habilitar e superar as fragilidades no preparo do profissional nas situações de violência sexual. Possibilita também segurança e condutas adequadas conforme as particularidades de cada situação. Fomenta o conhecimento, fundamenta as ações e estratégias no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde (PEREIRA; VIANNA, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Já a ausência de instrumentalização tem impacto negativo tanto na equipe, na mulher e nos próprios profissionais (GOMES *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Estudo mostra a diferença significativa na qualidade do atendimento realizado por profissionais preparados, favorecendo a integralidade da atenção prevista nas políticas de saúde (BRIGAGÃO; SANTOS; SPINK, 2016).

A integralidade e a intersetorialidade também são duas questões fundamentais no atendimento. A integralidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolve três dimensões:

A abordagem integral do ser humano, visto em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais; a ampliação da percepção dos profissionais e serviços de saúde na relação com os usuários para o acolhimento de suas histórias, condições de vida e necessidades em saúde; e o modo de organizar a atenção à saúde de forma a ampliar o acesso a todos os níveis de complexidade abrangendo ações de assistência, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2013, p. 24).

Já intersetorialidade refere-se ao “modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre os distintos setores da sociedade e

entre as diversas políticas públicas para intervir nos determinantes sociais” (BRASIL, 2013, p. 24). Assim, a intersetorialidade e a integralidade estão correlacionadas, uma vez que serviços intersetoriais articulados podem concretizar a integralidade no atendimento.

Outra questão no atendimento são os protocolos e fluxogramas. Protocolos contêm, entre outros aspectos, serviços de referência, fluxogramas de atendimento, medicamentos e orientações. Embora o atendimento siga a legislação vigente, o protocolo é adaptado à realidade local e é construído de acordo com os serviços existentes no município (CAVALCANTI *et al.*, 2015).

Estudos demonstram que a ausência de protocolos e fluxogramas impacta negativamente no atendimento à mulher em situação de violência sexual. Sabe-se que o uso desses recursos, na área da saúde, é um benefício para a mulher e para a sistematização do atendimento. Ao profissional de saúde, agrega segurança e melhor manejo do caso (BONNET; CINTRA, 2014; CAVALCANTI *et al.*, 2015). Além disso, a construção de protocolos e fluxos de encaminhamentos constituem estratégias de condutas mais resolutivas (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Nesse sentido, uma experiência de êxito é o Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual de Florianópolis/SC, também denominado Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS). A RAIVS orienta o acompanhamento multiprofissional, intersetorial e longitudinal no âmbito hospitalar e na Atenção Primária à Saúde, normatizando o atendimento às pessoas em situação de violência sexual até 72 horas ocorrida a agressão. A utilização do protocolo evidencia como é importante o trabalho integrado entre os serviços, proporcionando proteção e atendimento multiprofissional às pessoas em situação de violência sexual (FLORIANÓPOLIS, 2016).

A primeira publicação do Protocolo RAIVS ocorreu no ano 2000 e atualmente está na terceira edição. A criação do protocolo RAIVS (em 2000) deu-se a partir da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, que constituiu uma comissão de estudos com profissionais da esfera Municipal, Estadual e Federal, e técnicos de entidades não governamentais para propor a criação de uma rede de atendimento intersetorial às pessoas em situação de violência sexual. Um termo de adesão foi assinado por gestores das áreas da saúde, justiça, segurança e assistência social, instituindo o compromisso com o atendimento em rede (FLORIANÓPOLIS, 2016).

O atendimento à mulher em situação de violência sexual, na perspectiva de rede, caracteriza um avanço na assistência. No entanto, a implantação desta e a articulação dos serviços nos municípios nem sempre responde às recomendações instituídas (BRASIL, 2012).

Experiências relatadas por autores em estudos (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; HASSE; VIEIRA, 2014; PEDROSA *et al.*, 2016) sinalizam que há lacunas na articulação dos serviços e o atendimento é fragmentado, como o difícil acesso aos serviços, a fragilidade nas estratégias de acolhimento, a comunicação incipiente intrasetorial na área da saúde e intersetorial.

A realização de uma revisão integrativa da literatura acerca das publicações internacional e nacional de como vem ocorrendo o atendimento à mulher em situação de violência sexual mostrou a existência de potencialidades e dificuldades. Dentre os aspectos evidenciados nos estudos selecionados, destaca-se a necessidade da articulação dos serviços intersetoriais e instrumentalização dos profissionais, como fatores importantes para a atenção integral à mulher em todas etapas ou situações de atendimento a saúde e adoecimento. Outro aspecto que emergiu na revisão foi a importância da atuação dos profissionais de saúde, especialmente a enfermagem, na articulação dos serviços.

O desenvolvimento da dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em novembro de 2016, que se configurou em um estudo qualitativo com 30 profissionais dos serviços intersetoriais de atendimento em um município no norte do Rio Grande do Sul (RS), oportunizou a constatação de problemas vivenciados no atendimento à mulher em situação de violência sexual, tais como: dificuldade de notificação e encaminhamentos; manifestação por parte dos profissionais de falta de instrumentalização e preparo na abordagem desses casos; e principalmente a inexistência da rede de atendimento e a desarticulação dos serviços intersetoriais (TRENTIN, 2016).

Visto esse contexto no município acerca do atendimento à mulher em situação de violência sexual, justifica-se a necessidade de propor a articulação nesse município, com a elaboração de um fluxograma a partir da avaliação do fluxograma do Protocolo RAIVS de Florianópolis/SC (FLORIANÓPOLIS, 2016) e dos documentos *online*: Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012); e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011). Logo, defende-se a tese de que é necessária a existência da rede de atendimento articulada para assegurar à mulher em situação de violência sexual a integralidade da atenção. Para tanto, o desenvolvimento de um fluxograma contribui para a articulação entre os serviços, assim como o processo de trabalho dos profissionais e o manejo resolutivo das situações de violência sexual.

A partir do exposto, a questão norteadora do estudo é: Como articular os serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual? A proposta de estudo

articula-se com a área de concentração do PEN/UFSC “Educação, Trabalho e Enfermagem”, na linha de pesquisa “Trabalho em Saúde e Enfermagem” e laboratório de pesquisa Práxis/UFSC, pela propositiva de trabalhar com profissionais na busca da articulação dos serviços com consequente discussão sobre o trabalho em saúde e enfermagem.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar um fluxograma de articulação dos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual, em um município do norte do Rio Grande do Sul.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as potencialidades e fragilidades do atendimento intersetorial à mulher em situação de violência sexual.
- Mapear os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual.
- Validar um Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica fundamenta-se em documentos da OMS, do Ministério da Saúde (MS); em conceitos de multiprofissionalidade, interprofissionalidade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Apresenta também a estruturação dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual.

2.1 PANORAMA DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHER

A violência contra as mulheres, especialmente a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e a violência sexual, é considerada, pela OMS, um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos das mulheres. Estimativas indicam que cerca de 35% das mulheres no mundo sofreram violência física ou sexual por parceiro ou violência sexual por terceiros em algum momento de suas vidas (WHO, 2017a).

As publicações, pela OMS, de documentos acerca da violência sexual contra a mulher, como manuais, diretrizes e políticas, têm mostrado a importância e a complexidade do tema, que apesar de explorado e da existência de guias orientativos, no que diz respeito à realidade da práxis do atendimento à mulher em situação de violência sexual, ainda é um desafio a concretização de tais documentos. O Quadro 1 apresenta alguns desses documentos da OMS, aqueles direcionados para o atendimento, por conta de respaldar a discussão deste estudo.

Quadro 1 - Documentos publicados pela OMS direcionados ao atendimento à mulher em situação de violência sexual. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Ano	Autores	Documento	Conteúdo
2020	WHO	<i>Clinical management of rape and intimate partner violence survivors. Developing protocols for use in humanitarian settings</i>	Orientações sobre o manejo clínico de sobreviventes de estupro e violência praticada pelo parceiro íntimo. Destina-se ao uso por profissionais de saúde qualificados no desenvolvimento de protocolos para o manejo de estupro e sobreviventes de violência praticada pelo parceiro íntimo em emergências, levando em consideração os recursos, materiais e drogas disponíveis e as políticas e procedimentos nacionais. Também pode ser usado no planejamento de serviços de saúde e no treinamento de profissionais de saúde.
2019	WHO	<i>Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers</i>	Currículo elaborado para fornecer aos profissionais de saúde, especialmente em países de baixa e média renda, uma base para responder à violência doméstica / praticada pelo parceiro íntimo e à violência sexual contra as mulheres. O currículo procura desenvolver habilidades e abordar as atitudes dos provedores em relação aos sobreviventes da violência. Os participantes

			aprenderão como fornecer atendimento clínico centrado na mulher, incluindo a identificação de mulheres que estão sofrendo de violência, fornecendo apoio de primeira linha por meio da abordagem VIDAS (Ouvir, Inquirir, Validar, Aumentar a segurança e Apoio), fornecendo atendimento clínico essencial para sobreviventes e identificando o local recursos de suporte. Eles aprenderão a refletir sobre suas próprias atitudes e a compreender a experiência dos sobreviventes. O currículo enfatiza a comunicação compassiva e empática entre provedor e paciente.
2017	WHO	<i>Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A manual for health managers</i>	Manual destinado a gestores de saúde em todos os níveis dos sistemas de saúde.
2016	WHO	<i>Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children</i>	O plano se concentra na violência contra mulheres, meninas e crianças. Aborda ações comuns relevantes para todos os tipos de violência interpessoal e a violência interpessoal em emergências humanitárias e ambientes pós-conflito.
2015	WHO/ UNODC	<i>Strengthening the medico-legal response to sexual violence</i>	Voltado para o profissional e aborda as principais lacunas de conhecimento dentro e entre os setores, para ajudar na prestação de serviços e a coordenação em ambientes com poucos recursos.
2014	WHO	<i>Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook - Field testing version</i>	Fornecer apoio de primeira linha a uma mulher que foi submetida a violência
2013	WHO	<i>Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines</i>	Essas diretrizes orientam os profissionais de saúde, baseadas em evidências sobre como responder à violência praticada pelo parceiro íntimo e à violência sexual contra a mulher.
2012*	WHO / London School of Hygiene and Tropical Medicine	Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher. Ação e produção de evidência	O documento fornece informações para que formuladores de políticas e planejadores desenvolvam programas baseados em dados e baseados em evidências para prevenir a violência sexual e contra parceiros íntimos contra mulheres.
2012	WHO/ PAHO	<i>Sexual violence Understanding and addressing violence against women</i>	Ficha informativa sobre a violência contra a mulher, que resume a prevalência, padrões, consequências, fatores de risco e estratégias para abordar as diferentes formas de violência contra a mulher.
2007	WHO/ Departm ent of Gender, Women	<i>WHO ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies</i>	Destina-se a informar os envolvidos no planejamento, na condução, no financiamento, na revisão de protocolos, na aprovação ou no apoio à coleta de informações sobre violência sexual em situações humanitárias.

	<i>and Health</i>		
2004	<i>WHO/Department of Reproductive Health/UNFPA/UNHCR</i>	<i>Clinical management of rape survivors: Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons</i>	Orientações sobre o manejo clínico de mulheres, homens e crianças estupradas. Destina-se ao uso por profissionais de saúde no desenvolvimento de protocolos para o manejo de sobreviventes de estupro em emergências, levando em consideração os recursos disponíveis, materiais, drogas, políticas e procedimentos nacionais. Pode ser usado no planejamento de serviços e no treinamento de profissionais de saúde.

Fonte: OMS, 2012*: elaborado em 2010, mas traduzido para o português em 2012.

Os documentos elencados demonstram a importância dos serviços de saúde na resposta à violência contra a mulher. A atuação dos profissionais de saúde no atendimento à mulher em situação de violência sexual é fundamental, são cuidados que abrangem acolhida, encaminhamentos, acompanhamento, entre outros. Entretanto, para a prestação de um atendimento qualificado, requer-se profissionais instrumentalizados. Pessoas expostas à violência demandam serviços de saúde acolhedores, abrangentes, que abordem as consequências da violência física e mental (OMS, 2014).

Em outro documento da OMS, no manual de fortalecimento dos serviços de saúde na resposta à mulher violentada pelo parceiro íntimo ou exposta a violência sexual, também é enfatizada a importância do profissional de saúde no atendimento. Para além do profissional, o manual é direcionado para gestores de saúde e formuladores de políticas com a finalidade de fortalecer e qualificar o atendimento à mulher em situação de violência, destacando também a responsabilidade dos gestores (WHO, 2017 b).

A intersetorialidade é outra questão sinalizada nos documentos. A existência da rede intersetorial e a articulação dos serviços de saúde, jurídicos, serviços sociais e outros, contribuem para o atendimento integral à mulher em situação de violência sexual (WHO, 2017 b).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS, MARCOS LEGAIS E A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A implantação e implementação de políticas públicas voltadas para a violência sexual contra a mulher, com ênfase na integralidade e intersetorialidade no atendimento, são características da atenção no enfrentamento e prevenção desse fenômeno. A intensificação dessas políticas ocorre, dentre outros motivos, pela morbimortalidade causada pelas diferentes

formas da violência, pelas consequências na perda de qualidade de vida, aumento dos custos sociais, como cuidados em saúde e desestruturação pessoal e familiar (BRASIL, 2016 a).

Nesse sentido, destacamos algumas políticas públicas e legislação no âmbito da violência contra mulheres:

- Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
- Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011).
- Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013, que institui o Programa Mulher: Viver Sem Violência, e dá outras providências.
- III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013 a 2015).
- Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015, que altera o artigo 121 do Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos (BRASIL, 2016 a, p.14).
- Lei Nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher.

E no âmbito do atendimento aos casos de violência sexual:

- Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que 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 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Portaria MS/GM nº 485, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.
- Portaria Interministerial SPM/MJ/MS nº 288, de 25 de março de 2015, que estabelece orientações para a organização e a 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 à coleta de vestígios (BRASIL, 2016a, p.15).

Assim, políticas, documentos e legislação, como os mencionados acima e outros, foram importantes marcos para o fortalecimento da rede de enfrentamento à violência contra mulheres e da rede de atendimento às mulheres em situação de violência. A rede de enfrentamento busca responder à complexidade e às múltiplas dimensões da violência, que abrange áreas como saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça e outras (BRASIL, 2011).

Outro importante documento relacionado ao atendimento, é a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012). Esta norma baseia-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no eixo de expansão e qualificação das redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência sexual. Tem a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde na “organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos

das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime” (BRASIL, 2012, p.10).

Salienta-se também a importância do acesso aos serviços. A divulgação da rede para a comunidade, assim como cada serviço possuir uma lista de endereços e telefones dos serviços que compõem a rede local, possibilita às mulheres o conhecimento e acesso ao serviço quando necessário (BRASIL, 2012). Para tanto, a articulação intersetorial é decisiva no que se refere à integralidade do atendimento, bem como na prevenção da revitimização da mulher em situação de violência sexual.

2.3 PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL E INTERPROFISSIONAL. PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR, TRANSDISCIPLINAR E INTERSETORIALIDADE

A violência afeta a saúde individual e coletiva, atinge a qualidade de vida das pessoas e das comunidades e “evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada” (MINAYO *et al.*, 2018, p. 2008). Ressalta-se que “a reflexão sobre a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade no campo da práxis violência e saúde não é uma imposição externa e sim exigência epistemológica intrínseca e essencial” (MINAYO; SOUZA, 1997, p. 528).

Assim, as violências demandam da área da saúde a organização de uma nova lógica de atendimento, com equipe interdisciplinar e articulada em rede com unidades da área e com serviços de outros setores da sociedade que também atendem às vítimas. Sobre a intersetorialidade, esta é ainda um desafio por conta de refletir a fragmentação dos saberes e das práticas nessa área (MINAYO *et al.*, 2018).

2.3.1 Multiprofissionalidade e interprofissionalidade

A multiprofissionalidade refere-se à articulação de múltiplas áreas profissionais, em que para resolver determinadas situações complexas da prática, requer a ação de várias especialidades profissionais (MINAYO, 2010). Há a atuação dos profissionais, mas com frequente fragmentação do cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Já a interprofissionalidade está relacionada ao trabalho em equipe a partir da reflexão acerca do papel dos diferentes profissionais, construindo o conhecimento no diálogo, no respeito às singularidades dos diferentes saberes e nas práticas profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2017). Sintetiza-se a interprofissionalidade como a integração das práticas profissionais

(PEDUZZI *et al.*, 2013). Essa perspectiva busca melhorar o cuidado, vai além do trabalho em equipe multiprofissional (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Uma questão importante a ser diferenciada é a relação interprofissional da interdisciplinaridade. A ação colaborativa entre profissionais na execução de atividades que demandam a participação de diferentes profissões, como enfermagem, assistência social, operador de direito, medicina, psicologia, entre outras, é denominada relação interprofissional (quando o trabalho é praticado em interação e não paralelamente), predominando campos de práticas e não as disciplinas, apesar de exigir conhecimentos científico e técnico (MINAYO, 2011).

A interdisciplinaridade, por sua vez, articula várias disciplinas, com foco no objeto complexo (problema, tema) que somente uma área não responde. “Quando se fala de interdisciplinaridade, lembra-se que frente a um objeto concreto sempre se deve trabalhar com fragmentos disciplinares interconectados pela pergunta central, para se obter uma resposta mais profunda, mais ampliada e mais complexa” (MINAYO, 2011, p. 44). Compreende a integração das disciplinas ou áreas do conhecimento (PEDUZZI *et al.*, 2013).

2.3.2 Perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar

A interdisciplinaridade faz parte da definição de um objeto (tema) na discussão de conceitos, nas propostas metodológicas e técnicas. Assim, “a interdisciplinaridade não configura uma teoria ou um método novo: ela é uma estratégia para compreensão, interpretação e explicação de temas complexos” (MINAYO, 2010, p. 436). Busca superar a justaposição das disciplinas, criando um intercâmbio e um diálogo entre especialistas de diferentes áreas do conhecimento. Estas características de intercâmbio, de diálogo entre especialistas e de integração das disciplinas num projeto comum caracterizam a interdisciplinaridade (VELLOSO *et al.*, 2016).

Fruto da interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade inclui a triangulação de perspectivas, métodos, técnicas e análises. É um processo resultante da interface entre fragmentos disciplinares para compreender e explicar um problema científico (MINAYO, 2011). O trabalho transdisciplinar resulta da capacidade de ultrapassar as fronteiras das disciplinas de modo articulado e da contribuição das diferentes disciplinas, num processo de investigação que inclui articulação de teorias e conceitos, métodos e técnicas; e do diálogo entre as pessoas (MINAYO, 2010).

O paradigma transdisciplinar é construído no campo da complexidade (MORIN, 2011). Considera a influência da subjetividade do pesquisador e as possibilidades explicativas de realidades e fenômenos complexos, com base na colaboração entre os diferentes conhecimentos, em que uma proposta de pesquisa tem uma perspectiva para a vida humana e social. “O objeto no paradigma transdisciplinar é construído *a posteriori*, a partir de diferentes olhares e saberes, ao longo do desenvolvimento do tema da pesquisa” (VELLOSO *et al.*, 2016, p. 259). Assim, o conhecimento transdisciplinar vai além das disciplinas.

O ponto de vista transdisciplinar é aberto e ultrapassa a área das ciências exatas, por conta do diálogo e reconciliação com a área das ciências humanas, da arte, da literatura, da poesia e da experiência interior. A abordagem transdisciplinar é transcultural, multirreferencial e multidimensional (CARTA DA TRANSDISCIPLINARIDADE, 1994). “A transdisciplinaridade não busca o domínio de várias disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa” (CARTA DA TRANSDISCIPLINARIDADE, 1994, p. 2).

No que tange a pesquisa em enfermagem, ressalta-se a importância da perspectiva transdisciplinar na partilha de conhecimento sobre um determinado fenômeno e investigação com outras disciplinas, na propositiva de soluções para fenômenos complexos da sociedade. Sobre os aspectos epistemológicos de novas pesquisas em enfermagem, a pesquisa transdisciplinar constitui um tipo de abordagem que envolve diversas disciplinas do conhecimento, com suas características próprias e com vistas ao conhecimento em que não prevalece uma disciplina, mas o diálogo e a discussão (LINO *et al.*, 2017).

2.3.3 Intersetorialidade

“Os fenômenos sociais são cada vez mais complexos e multicausais, e exigem, dos gestores da administração pública, pluralidade de ações de governo na identificação de políticas integrativas e que possam ser compartilhadas com a sociedade” (SILVA; JUNQUEIRA, 2016, p. 174). Neste âmbito da complexidade e múltiplas dimensões humanas e sociais, há a necessidade de novas práticas, na busca de superar a fragmentação na formulação e gestão das políticas sociais (SILVA; JUNQUEIRA, 2016). A temática da intersetorialidade no Brasil, a partir da década de 1980, vem fazendo parte da estrutura das ações governamentais na construção de políticas públicas com objetivo de garantia de direitos (SILVA; JUNQUEIRA, 2016).

Na área da saúde, problemas que não podem ser tratados somente nesta área, assumem uma dimensão mais ampla, isto é, intersetorial (JUNQUEIRA, 1997). Neste setor, “a intersetorialidade é vista como uma forma articulada de ações que visam superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais, a fim de obter resultados significativos na saúde da população” (SILVA; JUNQUEIRA, 2016, p. 174).

A intersetorialidade envolve a articulação entre diferentes setores, saberes e experiências no enfrentamento de problemas complexos (JUNQUEIRA, 1997; INOJOSA, 1998; WARSCHAUER; CARVALHO, 2014). É uma forma de abordar os problemas sociais no local em que esses problemas surgem. A ação intersetorial tem na cidade um espaço privilegiado para a realização. Compreende o conceito de integração, de território, de equidade (JUNQUEIRA, 2000). Considera a pessoa na sua totalidade, com políticas públicas integrais que respondam a necessidades individuais e coletivas (JUNQUEIRA, 1997; INOJOSA, 1998).

Neste sentido da relação integralidade e intersetorialidade na área da saúde, de acordo com Silva; Junqueira (2016, p. 182):

A integralidade no SUS se faz presente em sua concepção, ao ter como base a recomendação da premissa intersetorial como estratégia, ao viabilizar as ações entre diferentes setores, ao lidar com o processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos e ao se articular com outros setores na constituição e definição de políticas específicas. Assim, o setor da saúde no Brasil assume relevância na construção da intersetorialidade ao ter, no princípio da integralidade, a necessidade de promover estratégias que integrem a relação entre os diversos atores, por meio da comunicação, interação e compartilhamento de saberes em torno de objetivos comuns, além do orçamento e do planejamento de ações articuladas intersetorialmente. Na esfera da execução das ações de saúde pelo SUS, a intersetorialidade se expressa nas ações de saúde integradas e articuladas com outras políticas públicas, já que o princípio da integralidade se expressa a partir da ação intersetorial - que considera o usuário da saúde em sua totalidade, objetivando um atendimento das suas necessidades nas dimensões biopsíquicas e sociais (SILVA; JUNQUEIRA, 2016, p. 182).

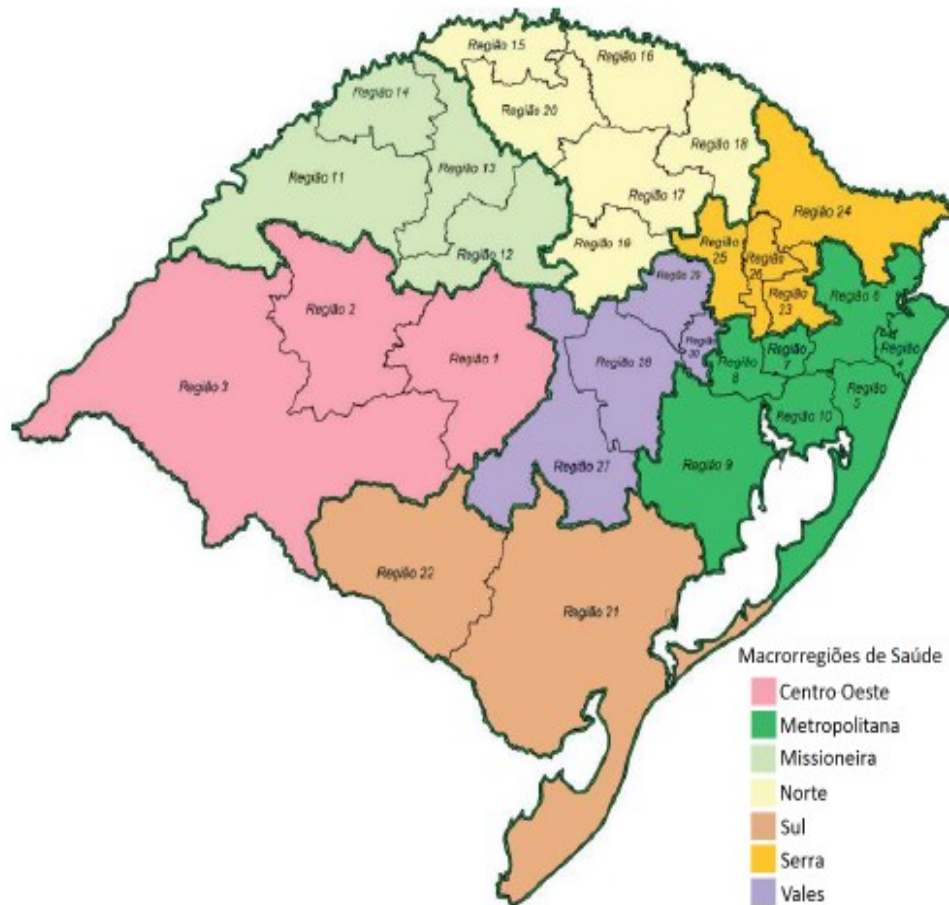
Ainda, segundo Silva; Junqueira (2016), há a fragilidade de vínculo entre setores e órgãos do Estado, bem como a atuação fragmentada no atendimento na área da saúde. Isso sinaliza o desafio da intersetorialidade no sentido de transformar a perspectiva vertical, compartimental e fragmentada da administração pública para uma forma integrada.

2.4 ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA SEXUAL NO RS E NO MUNICÍPIO

No território gaúcho, a saúde está organizada política-administrativamente em 19 CRS. As CRS são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em um território. O RS é constituído por 30 Regiões de Saúde, agrupadas

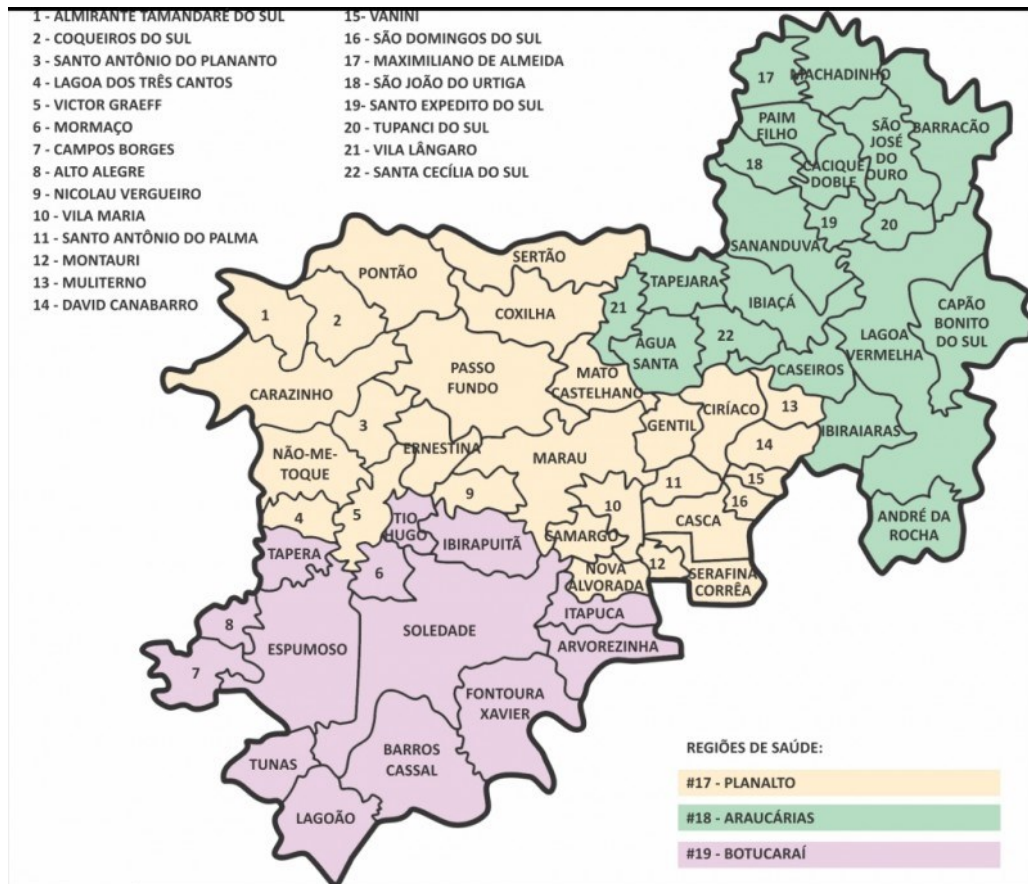
em 7 Macrorregiões de Saúde (SES,2016). A 6ª CRS abrange 62 municípios em 3 dessas regiões, sendo: R 17 - região do planalto; R 18 - região das araucárias; R 17 - região do botucaraí (SES,2016; SES, 2019c). A Figura 2 apresenta o mapa das macrorregiões e regiões de saúde do RS, e a Figura 3 o mapa da 6ª CRS.

Figura 2 - Mapa das macrorregiões e regiões de saúde do RS.



Fonte: SES, 2016, p. 25.

Figura 3 - Mapa da 6ª CRS.



Fonte: SES, 2019 c.

2.4.1 Serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no RS

O RS dispõe de 23 serviços de saúde especializados na atenção às pessoas em situação de violência sexual. Estes serviços são referência no atendimento integrado das situações de violência sexual por disponibilizar equipe qualificada e trabalhar com outros serviços da rede, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), centros de especialidades e outros. Salienta-se que os serviços hospitalares que não são referência devem realizar o atendimento de emergência em casos de violência sexual (SES, 2019 a).

2.4.2 Serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município

O município do estudo está localizado na região norte do RS e pertence à 6ª CRS. O município tem cerca de 200 mil habitantes e é a sexta economia do RS, denominado como capital do Planalto Médio Gaúcho. É um polo universitário, referência de atendimento em saúde e conta com atividades no setor de serviços, no comércio, na indústria e no agronegócio (PPF, 2019a).

O sistema de saúde do município abrange uma macrorregião composta por municípios dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, bem como de regiões do Sudeste e do Centro-Oeste do país. O município dispõe de hospitais e centros médicos, ambulatórios de atendimento básico e especializado, clínicas, consultórios médicos e odontológicos, laboratórios e farmácias. O sistema hospitalar é de alta complexidade, abrangendo internações, diagnósticos, tratamentos oncológicos e cardioneurológicos, transplantes e banco de tecidos (PPF, 2019a).

Na área da saúde pública, a secretaria de saúde é organizada em 5 coordenadorias, que desenvolvem ações de prevenção e atendimento à população (PPF, 2019b).

As coordenadorias são: coordenadoria clínica (responsável pelas atividades médicas e técnicas, estruturada em: Núcleo de Triage e Coleta e Núcleo de Hemofílico); coordenadoria técnica (responsável pelas atividades técnicas laboratoriais dos laboratórios de Imunohematologia, fracionamento, sorologia, controle de qualidade e esterilização); coordenadoria de promoção da saúde (responsável pelos programas de cuidado, com medidas preventivas, estruturada em: Núcleo de Saúde do Idoso, Núcleo de Saúde Mental, Núcleo de Ações Básicas e Núcleo de Projetos Especiais); coordenadoria de recuperação à saúde (responsável por coordenar o atendimento hospitalar, providenciando e autorizando as internações nos hospitais do município, através do Núcleo Ambulatorial; coordenar todas as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento, responsável pela escala de atendimento dos profissionais na rede; revisão, autorização e emissão das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs); controle e distribuição da cota de AIHs entre os hospitais do município, entre outras atividades. Estruturada em: Núcleo Ambulatorial; Núcleo de Assistência Farmacêutica; Núcleo de Unidades Especializadas em Saúde); e a coordenadoria de vigilância em saúde (responsável pela intervenção em problemas de saúde-danos, riscos e/ou determinantes. Estruturada em: Núcleo de Vigilância Epidemiológica; Núcleo de Vigilância

Sanitária; Núcleo de Vigilância da Saúde do Trabalhador e Núcleo de Vigilância Ambiental) (PPF, 2019b).

Além da área da saúde, encontram-se no município os serviços: Departamento Médico Legal (DML), Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Ministério Público, serviços da Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS): Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) e a Unidade de acolhimento para mulheres em situação de violência-Maria da Penha; a Universidade de Passo Fundo (UPF) com o Projeto de extensão - Clínica de estudos, prevenção, intervenção e acompanhamento à violência (CEPAVI) e o Programa de extensão - Programa Projur Mulher e Diversidade. Destaca-se também o Conselho Municipal: Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM) que abrange a Coordenadoria Municipal da Mulher.

Os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual são descritos a seguir:

a) Hospitais (serviços e referência na saúde):

- Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)*: entidade civil, sem fins lucrativos, fundada em 24 de junho de 1918, por um grupo de leigos católicos, Vicentinos, da Sociedade de São Vicente de Paulo. É um hospital geral completo com estrutura para atender a alta complexidade e organizado para acolhimento de pacientes da rede ambulatorial e hospitalar. Possui 2 unidades: Unidade Teixeira com 698 leitos (631 leitos de internação, 67 leitos de UTI) e Unidade Uruguai com 54 leitos (44 leitos de internação, 10 leitos de UTI) (HSVP, 2020).
- Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HC)*: fundado em julho de 1914 por Antonino Xavier e Oliveira e um grupo de passo-fundenses. É referência para atendimento de procedimentos de alta complexidade em Ortopedia e Traumatologia, Neurocirurgia, Terapia Substitutiva Renal, Oncologia e Hemodinâmica. Possui cerca de 300 leitos (HC, 2020).

b) Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

- Núcleo de Vigilância Epidemiológica*: serviço estruturado em: Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT's); Vigilância das Doenças Transmissíveis (DAT) e Imunizações (PPF,2019b).

- Serviço de Atendimento Especializado (SAE)*: faz parte da Vigilância das Doenças Transmissíveis (DAT), inclui os Programas de Tuberculose e Hanseníase, Hepatites Virais e DST's/HIV/Aids (PPF,2019b).
- Unidades de Saúde**: inclui além dos ambulatórios, o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) que dispõe de serviços de acolhimento aberto em saúde mental, serviço de triagem especializado, atendimentos individuais (gestantes, vítimas de violência, situação de acolhimento institucional, situação de risco de suicídio, crianças, adolescentes, adultos e idosos). Profissionais das áreas da enfermagem e técnicos de enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia, odontologia e especialidades médicas compõem o serviço dos CAIS (PPF,2019b). E, na Atenção primária à Saúde (APS), há as UBS e ESF, serviços de atenção e assistência na atenção básica de saúde, com objetivo de favorecer a aproximação da unidade de saúde às famílias, promover o acesso aos serviços, possibilitar vínculos entre a equipe e os usuários, e a continuidade do cuidado (PPF,2019b).
- CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial Nosso Espaço**: serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), aberto e comunitário, que proporciona atendimento e tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros (PPF,2019b).
- CAPS AD Vida - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**: serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool ou drogas, com vistas à reabilitação e à reinserção na sociedade (PPF,2019b).

c) Departamento Médico Legal (DML)*: atende a mulher em situação de violência, principalmente as vítimas de violência física e sexual. Realiza a coleta de provas necessárias ao processo judicial e à condenação do agressor (BRASIL, 2011).

d) Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM)*: unidades especializadas da Polícia Civil, com ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e violência sexual contra mulheres, entre outros. Entre as ações, o registro de Boletim de Ocorrência, solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência nos casos de violência doméstica e familiar contra as mulheres, investigação dos crimes (BRASIL, 2019b).

e) Ministério Público:** instituição que defende os interesses sociais e individuais indisponíveis, zelando pela correta aplicação das leis e pela garantia do Estado Democrático de

Direito. Defende interesses da coletividade, de todos os cidadãos, como o direito à saúde, à educação e ao meio ambiente preservado. Também é função do Ministério Público a defesa da vida, dos direitos das crianças, adolescentes, idosos e incapazes (BRASIL, 2019 a).

f) Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS):

- Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS): ** serviço de proteção social especial de média complexidade, em que são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados (PPF,2019d). Abrange o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que é um serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias em situação de ameaça ou violação de direitos (PPF,2019d).
- Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM)**: serviço de proteção social especial de média complexidade, que oferece acolhida, acompanhamento psicológico e social, e orientação jurídica às mulheres em situação de violência. Realiza atendimento intersetorial e interdisciplinar, e ações de prevenção à violência contra mulher (PPF,2019d).
- **Unidade de acolhimento para mulheres em situação de violência - Maria da Penha****: serviço de proteção social especial de alta complexidade, abrigo institucional de acolhimento provisório para mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos, em situação de risco de morte ou ameaças em razão da violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral (PPF,2019d).

g) Universidade de Passo Fundo (UPF):

- Projeto de extensão - Clínica de estudos, prevenção, intervenção e acompanhamento à violência (CEPAVI) **: projeto que integra o programa de extensão Intervenções Psicossociais, criado para prevenir, assistir e intervir em situações de violência. Tem como estratégia a conscientização da população para a rejeição nas mais diversas esferas e o acompanhamento dos casos que necessitem de intervenção psicológica específica (UPF, 2019 a).
- Programa de extensão - Projur Mulher e Diversidade **: atende a diversidade e as mulheres em situação de violência de gênero, doméstica, familiar e filhos, nas áreas cível e criminal, nos termos da Lei Maria da Penha, assim como da legislação pertinente (UPF, 2019 b).
-

h) Conselhos Municipais:

- Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM):** órgão colegiado de natureza consultiva e deliberativa, responsável pela formulação e fiscalização de políticas à mulher. Compete ao COMDIM formular e fiscalizar a execução da política municipal à mulher, propondo ações de políticas públicas voltadas à eliminação de qualquer forma de discriminação contra as mulheres, visando garantir os direitos em prol de sua emancipação (PPF, 2019c).
- Coordenadoria Municipal da Mulher **: esta coordenadoria tem o objetivo de promover a cidadania feminina, através de políticas públicas para as mulheres, combatendo a discriminação, a exclusão, a violência e a subordinação, assegurando seus direitos de igualdade e oportunidade (PPF, 2019c).

*Serviços nas primeiras 72 horas

** Serviços após 72 horas

Nota: o horário de funcionamento da DEAM é de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 18h. Após este horário, finais de semana e feriados, o atendimento ocorre na Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA).

2.4.3 Rede de atendimento IST/HIV/Aids no RS

Com relação ao atendimento às IST/HIV/AIDS no RS, são disponibilizadas testagens para HIV e Sífilis, sessões de aconselhamento, grupos temáticos de educação em saúde e Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Serviços como Atenção Básica, Serviços de Atendimento Especializado (SAE), Ambulatórios, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), fazem parte da Rede de atendimento IST/HIV/Aids (SES, 2019 b).

Salienta-se que, em 2016, houve a substituição da denominação DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) para a nomenclatura IST. Esta nova nomenclatura é uma das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde (MS) publicada pelo Decreto Nº 8.901, de 10 de novembro de 2016 (BRASIL, 2016). Ainda, conforme o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, o termo DST vem de doença, de sintomas e sinais visíveis no organismo da pessoa. Já no termo infecções, podem ocorrer períodos assintomáticos ou se manter assintomáticos durante toda a vida da pessoa, em que a detecção ocorre através de exames laboratoriais. Assim, o termo IST é mais

adequado, sendo utilizado pela OMS e outros organismos que tratam da temática das infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2017).

2.4.4 Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

A PEP consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir infecção pelo HIV, hepatites virais e outras ISTs. É recomendada nas situações de violência sexual e acidente ocupacional, mas também é indicada para exposições sexuais consentidas com risco de infecção. A ampliação do acesso à PEP, com prescrição efetiva nos atendimentos em serviços de urgência/emergência, unidades básicas de saúde, clínicas e hospitais da rede pública e privada são medidas importantes na prevenção das ISTs (BRASIL, 2018).

2.4.5 Serviços de Atenção a IST/HIV/Aids

A Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013, que Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, define modalidades, classificação, organização e o funcionamento (BRASIL, 2013), e apresenta no Art. 2º o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids e, dentre os serviços, destacam-se o SAE e a UDM, descritos como:

II - Serviço de Atenção Especializada (SAE): unidade ambulatorial voltada a atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids;

V - Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): estabelecimento integrante de serviços de saúde públicos, filantrópicos ou privados sem fins lucrativos que realizam ações voltadas para a assistência farmacêutica, inclusive dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (TARV), sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos antirretrovirais (ARV), ou produtos estratégicos para as DST/Aids, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos) (BRASIL, 2013, p.2).

O Quadro apresenta a estrutura, atribuições, principais atividades e insumos essenciais do SAE:

Quadro 2 - Estrutura, atribuições, principais atividades e insumos essenciais do SAE. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

SAE	
Estrutura	<p>Recursos Humanos: Equipe multiprofissional mínima recomendada: Médico clínico treinado e/ou infectologista; Enfermeiro; Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem; Assistente social e/ou Psicólogo.</p>
Atribuições do serviço	<p>Prestar atenção integral, com uma equipe multiprofissional, voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, às pessoas com IST/HIV/Aids.</p>
Principais atividades	<p>Realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids e seus parceiros, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar acesso a insumos de prevenção em geral, com incentivo ao uso de preservativos; • Incluir ações para redução de danos como abordagem aos usuários de álcool e drogas; • Incluir avaliação de risco para profilaxia da exposição sexual; • Oferecer atividades voltadas para a adesão ao tratamento; promover ações em sala de espera; • Realizar o manejo de eventos adversos, incluindo a lipodistrofia; • Promover ações de Saúde Mental pela equipe multiprofissional, com foco na humanização do atendimento, acolhimento do usuário e escuta ativa dos profissionais; • Realizar planejamento familiar incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA); • Realizar avaliação e diagnóstico nutricional, bem como aconselhamento nutricional e prática de atividade física, por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços; • Realizar abordagem de parceiros e oferecer teste diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais B e C. <p>Prestar assistência clínica, e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/Aids, individual e/ou coletivo, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construir Projetos Terapêuticos Individualizados (com a participação do usuário); • Abordagem clínica e laboratorial de adulto, adolescente, criança exposta e infectada pelo HIV e gestantes; • Indicação de profilaxias primárias e secundárias para Infecções Oportunistas (IO) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); • Indicação e manejo de terapia antirretroviral (ARV); • Prevenção e abordagem dos eventos adversos à terapia ARV; • Realizar preenchimento facial ou ter referências estabelecidas, de acordo com as recomendações da Portaria conjunta SAS SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009, para tratamento da lipoatrofia; • Monitoramento laboratorial para o reconhecimento de falhas terapêuticas e seu manejo; • Diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas; • Diagnóstico e manejo das coinfeções (HV, HTLV entre outros);

	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/TB (ativa/latente); • Realização de Prova Tuberculínica; • Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem; • Prevenção e tratamento das afecções odontológicas por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços. ✓ Ter referências para serviços de apoio diagnóstico e laboratoriais, assegurando a realização de contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral, exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes à assistência. ✓ Oferecer assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou ter referência estabelecida para os mesmos. ✓ Prestar assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo às referências e contra referências, organizada pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS). ✓ Prestar atenção integral às DST. ✓ Realizar ações de vigilância epidemiológica relacionadas às IST, Aids e coinfeções. ✓ Outras Atividades: a decisão do acompanhamento no SAE, de outros agravos incluindo Hepatites Virais, deve ser da gestão local, considerando as RAS.
Insumos essenciais	Preservativos masculinos, preservativos femininos, gel lubrificante, kits de redução de danos, materiais educativos, antirretrovirais (caso possua UDM associada), PPD (Derivado Proteico Purificado), pote coletor para escarro, máscaras, teste rápido do HIV 1/2, sífilis e Hepatites B e C, insumos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas e das IST, de acordo com os planos de pactuações locais.

Fonte: adaptado de Brasil, 2013, p. 9.

Na 6ª CRS, em situações de violência sexual, a PEP é disponibilizada nos hospitais, SAEs/ UDMs. A organização da distribuição da PEP é apresentada no Quadro 3:

Quadro 3 - Organização da distribuição da PEP em situações de violência sexual. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

INSTITUIÇÃO	LOCAL	ABRANGÊNCIA	FUNÇÕES
Hospital São Paulo (HSP)	Lagoa Vermelha/RS (município possui SAE/UDM)	André da Rocha, Capão Bonito do Sul, Caseiros, Ibiraiaras e Muliterno.	Dispensação Medicação: Finais de semana: HSP (medicação para 4 dias) e dias de semana e restante da medicação: UDM. Acompanhamento até a alta: nas unidades do município de origem.
Hospital de Caridade (HCC)	Carazinho/RS (município possui SAE/UDM)	Almirante Tamandaré do Sul; Coqueiros do Sul; Lagoa dos Três Cantos; Não Me Toque; Santo Antônio do Planalto; Tapera e Vitor Graeff.	Dispensação Medicação: Finais de semana: HCC (medicação para 4 dias) e dias de semana e restante da medicação na UDM. Acompanhamento até a alta: nas unidades do município de origem.
Hospital Cristo Redentor (HCR)	Marau/RS (município encaminha para o	Casca, Camargo, Gentil, Montauri, Nova Alvorada, Santo Antônio do Palma, Serafina Corrêa, Vila	Dispensação Medicação: Finais de semana: HCR (medicação para 4 dias) e dias de semana Vigilância.

	SAE/UDM de Passo Fundo/RS)	Maria. São Domingos do Sul e Vanini.	Dispensação da medicação para término do tratamento UDM de Passo Fundo. Acompanhamento até a alta: nas unidades do município de origem.
Hospital Santo Antônio (HSA)	Tapejara/RS (município encaminha para o SAE/UDM de Passo Fundo/RS)	Água Santa, Ibiaçá, Santa Cecília do Sul, Vila Lângaro.	Dispensação Medicação: Finais de semana: HSA (medicação para 4 dias) e dias de semana Vigilância. Dispensação da medicação para término do tratamento UDM de Passo Fundo. Acompanhamento até a alta: nas unidades do município de origem.
Hospital Frei Clemente (HFC)	Soledade/RS (município possui SAE/UDM)	Alto Alegre, Arvorezinha, Barros Cassal, Campos Borges, Espumoso, Fontoura Xavier, Ibiarapuitã, Itapuca, Lagoão, Mormaço, Soledade e Tunas.	Dispensação Medicação: Finais de semana: HSP (medicação para 4 dias) e dias de semana e restante da medicação: UDM – SAE Soledade. Acompanhamento até a alta: nas unidades do município de origem.
Hospital São João (HSJ)	Sananduva/RS (município encaminha para o SAE/UDM de Passo Fundo/RS)	Barracão, Cacique Doble, Machadinho, Maximiliano de Almeida, Paim Filho, Sananduva, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro e Tupanci do Sul.	Dispensação Medicação: Finais de semana: HSJ (medicação para 4 dias) e dias de semana. Dispensação da medicação para término do tratamento UDM de Passo Fundo. Acompanhamento até a alta: nas unidades do município de origem.
Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital de Clínicas (HC)	Passo Fundo/RS (município possui SAE/UDM)	Coxilha, Ernestina, Mato castelhano, Nicolau vergueiro, Pontão, Sertão e Tio Hugo. UDM de Passo Fundo atende: Marau e seus pertencentes; Tapejara e adjacentes; Sananduva e seus pertencentes.	Dispensação Medicação: HSVP e HC (4 dias) e encaminham para o SAE/UDM do respectivo município de residência para retirar tratamento completo (hospitais HSVP e HC atendem pessoas residentes no município e de outros municípios).

Fonte: 6ª CRS, 2019.

2.4.6 Esquema do tratamento da PEP HIV

O esquema preferencial para PEP em pacientes adultos não gestantes é: TDF (tenofovir) + 3TC (lamivudina) + DTG (Dolutegravir). A duração é de 28 dias. Em gestantes, substituir o Dolutegravir por: Ritonavir + Atazanavir (BRASIL, 2018).

A apresentação coformulada do TDF/3TC é a preferencial para PEP, mas na indisponibilidade, a dispensação da medicação pode ser separada, como mostra a Figura 4:

Figura 4 - Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP.

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF ^(a) + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

Fonte: Brasil, 2018, p. 29.

Para mulheres gestantes, o esquema preferencial deve ser composto com Raltegravir (RAL) a partir da 14^a semana de gestação (BRASIL, 2018). O esquema de Antirretrovirais (ARV) e medicações alternativas para PEP em gestantes é apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes.

ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
TDF + 3TC + RAL ^(a)	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL ^(b) : ATV/r Impossibilidade de RAL e ATV/r: DRV/r

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) O RAL está indicado a partir da 14^a semana de gestação.

^(b) Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r.

Fonte: Brasil, 2018, p. 33.

Os critérios para indicação de PEP para essa população são os mesmos aplicados a qualquer outra pessoa que tenha sido exposta ao HIV (BRASIL, 2018).

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico realizado em quatro etapas: a primeira, uma abordagem qualitativa, a segunda etapa é a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), a terceira etapa um estudo descritivo (mapeamento) e a quarta etapa a validação de conteúdo.

O estudo qualitativo está inserido no Projeto: Rede intersetorial no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do RS/Brasil: análise na perspectiva da bioética; visando dar continuidade a temática do atendimento à mulher em situação de violência sexual, propondo a articulação a partir do contexto relatado pelos profissionais que participaram das entrevistas. O referido projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) conforme parecer nº 1.353.999 e CAAE: 50935915.9.0000.0121 em 07 de dezembro de 2015 (ANEXO A) e realizado em 2016.

Ressalta-se que parte dos dados coletados em 2016 no mestrado não foram analisados, sendo realizada a análise na etapa qualitativa, resultando no Manuscrito 1. Este manuscrito fundamentou a elaboração da propositiva do fluxograma. A partir da análise dos dados, evidenciou-se a necessidade de articulação dos serviços por meio de fluxograma com vistas à integralidade e à implementação da rede de atendimento a mulheres em situação de violência sexual no município.

As demais etapas do estudo metodológico estão inseridas no projeto aprovado pelo CEPSH/UFSC, sob o número do parecer: 3.057.595 em 05 de dezembro de 2018 (ANEXO B).

A seguir serão apresentadas a descrição da realização das etapas do estudo metodológico.

3.1 ETAPA 1: ESTUDO QUALITATIVO

3.1.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. 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 (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória tem por objetivo explorar e tornar o problema de pesquisa mais explícito, possibilitando desvelar processos sociais e construir hipóteses. Em muitas situações

as pesquisas exploratórias são a primeira etapa de uma investigação mais ampla. E, a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno. Entre as pesquisas descritivas, há aquelas que objetivam levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2008).

3.1.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com membros da equipe multiprofissional que atuam nos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município localizado na região norte do RS, sendo: 2 (dois) hospitais, SMS que coordena o SAE, UBSs e ESFs; SEMCAS que coordena o CREAS e a Casa Abrigo; DEAM; Ministério Público; e o projeto de extensão da UPF: Clínica de estudos, prevenção, intervenção e acompanhamento à 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: Projeto Projur Mulher: prestação jurídica a mulheres em situação de violência doméstica e familiar. 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. Esta reunião ocorreu entre a pesquisadora e a coordenadora da Vigilância das DANTs da 6ª CRS do RS; e com a coordenadora da Vigilância em Saúde do município. A coordenadora 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.

3.1.3 Participantes do estudo e amostra

Os participantes do estudo foram membros da equipe multiprofissional que atuam nos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município

em estudo. 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.

3.1.4 Coleta dos dados

Como já foi mencionado, esta etapa está vinculada ao Projeto: Rede intersetorial no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do RS/Brasil: análise na perspectiva da bioética; cujos dados foram coletados pela pesquisadora, em 2016, após a aprovação pelo CEPESH/UFSC.

A entrada em campo e o ponto de partida para realização do estudo deu-se com uma reunião com a coordenadora da Vigilância em Saúde do município. Nesta 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.

Realizou-se 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.

O estudo proposto utilizou como técnica de coleta de dados 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 *Microsoft Word*[®], para posterior análise. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2016.

Aos participantes que aceitaram participar das entrevistas foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, explicando os objetivos do estudo e esclarecidas eventuais dúvidas.

Entrevista

A entrevista, como forma de comunicação verbal e coleta de informações, é a estratégia mais utilizada na pesquisa de campo. A entrevista semiestruturada convencionada questões abertas e fechadas, de modo que o entrevistado possa discorrer sobre o tema proposto transpondo as perguntas formuladas. Segue um roteiro como instrumento de pesquisa qualitativa. Roteiro é definido como um guia, um facilitador. 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: uma questão foi desmembrada em duas.

3.1.5 Análise dos dados

A técnica de análise do material qualitativo foi a análise temática. Neste tipo de análise, 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).

Após a transcrição pela pesquisadora, as entrevistas foram validadas pelos participantes por meio do envio do conteúdo para o e-mail respectivo de cada participante, sendo devolvidas para a pesquisadora com alterações ou não, e em algumas situações entregue pessoalmente para o participante. Utilizou-se o *software* Atlas.ti[®] 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*) para auxiliar na organização dos 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.

3.2 ETAPA 2: RIL

RIL com a questão norteadora: Quais as evidências científicas nacionais e internacionais acerca do atendimento às mulheres em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional em saúde? A busca nas fontes de dados ocorreu com o auxílio de uma

bibliotecária, no mês de setembro de 2017, em quatro bases de dados: *Public Medline* (PubMed®); *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL®); Scopus®; e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS®); e em uma biblioteca digital: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO®).

Os termos de busca (descritores e palavras-chave) foram combinados por meio do operador booleano “OR” e “AND”. Descritores: Violência contra a mulher; Delitos sexuais; Equipe de assistência ao paciente; Profissionais de enfermagem; Pessoal de saúde. Palavras-chave: Violência doméstica e sexual contra a mulher, Violência de gênero; Abuso sexual, Agressão sexual, Atentado ao pudor, Crimes sexuais, Ofensa sexual, Violência sexual, Injúria sexual; Equipe de cuidados de saúde, Equipe interdisciplinar de saúde, Equipe multiprofissional, Equipe de saúde; Profissionais da saúde, Trabalhador da saúde. Também foram utilizados os respectivos termos citados em inglês e espanhol.

Foram incluídos estudos oriundos de pesquisa original, disponíveis na íntegra *online*; publicados em português ou inglês ou espanhol e com recorte temporal (publicações entre 2012 e 2017). Salienta-se que foram empregadas estratégias de busca distintas em cada base de dados e na biblioteca digital, sendo identificados 1.254 estudos.

Na triagem e seleção dos estudos, foi realizada a leitura do título, do resumo e a leitura parcial do artigo. Os estudos duplicados foram considerados apenas uma vez. Foram excluídas revisões, cartas, resenhas e editoriais, estudos não disponíveis na íntegra *online* e estudos que não atenderam o escopo da revisão. Selecionados 41 estudos e lidos na íntegra; destes, sete foram excluídos por não responder à questão norteadora da revisão. A amostra final foi composta por 34 estudos, que foram organizados em uma tabela no *Microsoft Word*® para a síntese, a partir dos principais resultados.

3.3 ETAPA 3: ESTUDO DESCRITIVO (MAPEAMENTO)

Estudo de mapeamento e georreferenciamento dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município da região norte do RS.

O mapeamento foi realizado com o auxílio da coordenadora das DANTs da 6ª CRS (APÊNDICE C), utilizando para esse levantamento uma lista dos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual; e pesquisa *online* no site da prefeitura do município. Para tanto e como entrada em campo, houve uma reunião com a coordenadora das DANTs. Para o georreferenciamento dos serviços quanto a distribuição espacial, foi utilizado o *Software ArcGIS*® 10.1.

Salienta-se que durante o percurso do mapeamento dos serviços, surgiu a necessidade de mapear e georreferenciar os locais de distribuição da PEP. Neste sentido, foi solicitado ao setor de IST/HIV da 6ª CRS informações sobre a organização da PEP no município em estudo e região, sendo fornecida pela coordenação do setor referido uma lista com os locais de distribuição.

Algumas considerações acerca de termos utilizados nesta fase: o *Software ArcGIS® 10.1* é um Sistema de Informações Geográficas (SIGs). SIGs “são sistemas de computador usados para capturar, armazenar, gerenciar, analisar e apresentar informações geográficas” (BRASIL, 2006, p.47). O processamento dos dados denomina-se geoprocessamento. Utiliza técnicas matemáticas e computacionais para manusear as informações geográfica (BRASIL, 2006). Dentre as ferramentas do geoprocessamento, há o georreferenciamento, que se refere ao posicionamento de um ponto na superfície terrestre. Um fenômeno espacial pode ser posicionado, ou seja, georreferenciado no planeta. O georreferenciamento envolve tecnologia de informática, banco de dados e cartografia digital, que pode ser aplicado para planejamento e monitoramento na área da saúde (ROSS; PEDROSA; PORTELA, 2017).

Mapa é um instrumento cartográfico que codifica e representa um elemento da realidade. É constituído pela ordem geográfica e seu conteúdo. E o mapeamento, do ponto de vista cartográfico, compreende um processo de construção de mapas em que são empregadas técnicas de topografia, geoprocessamento, SIGs, códigos e signos para a descrição objetiva da realidade (IBIAPINA; BERNARDES, 2019). Para o mapeamento são utilizados métodos que podem basear-se em pontos, linhas ou polígonos, dependendo do tipo de fenômeno em estudo e da escala de análise (BRASIL, 2006). Neste estudo, os dados geoespaciais (*Shapefile*) do município foram apresentados por pontos que indicarão a localização dos serviços. A fase de mapeamento e georreferenciamento foi realizada com auxílio de profissional técnico em geoprocessamento.

3.4 ETAPA 4: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

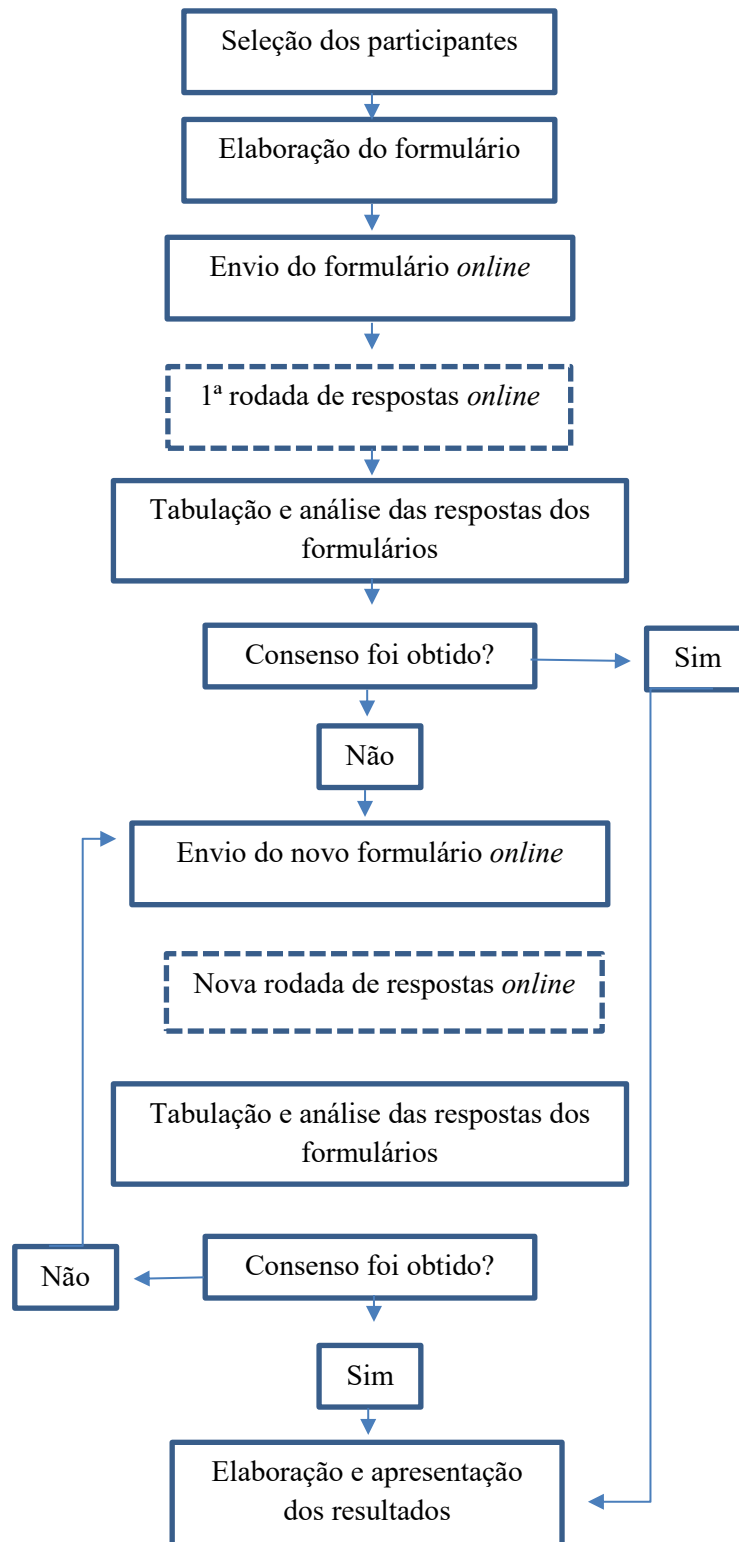
3.4.1 A técnica *Delphi*

O nome *Delphi* foi inspirado no Oráculo de Delfos, lugar em que eram anunciadas previsões para o futuro, de orientação e respostas para questões da vida de gregos e romanos (OLIVEIRA *et al.*, 2008). É uma técnica de projeção que utiliza a coleta sistemática da opinião


de especialistas sobre determinado tema, com objetivo de apresentar uma visão sobre um fenômeno (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013; MASSAROLI *et al.*, 2017).


Quatro pilares norteiam a concordância de opiniões dos especialistas: anonimato dos participantes da pesquisa; consulta aos especialistas; aplicação de rodadas interativas e com *feedback*, em que os participantes reveem e refletem suas opiniões; e a busca do consenso proveniente da avaliação da opinião do grupo (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013).

Figura 6 - Etapas para desenvolver a técnica *Delphi*. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: adaptado de MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013.

Legenda: Procedimento executado pelo pesquisador: 

Procedimento executado pelo respondente: 

3.4.2 Participantes do estudo e amostra

A seleção dos juízes foi intencional. A definição e identificação dos possíveis participantes do estudo foi realizada a partir das fontes de busca e divididos em três grupos:

- Grupo A: Palestrantes do 17º Fórum Perinatal da Macrorregião Norte do Rio Grande do Sul, ocorrido em outubro de 2016, cujo tema abordado foi “Linha de cuidado a mulher vítima de violência - Rede de Atenção x Relações Violentas - Que rede é essa? Justifica-se esta escolha por ter sido um evento importante na macrorregião, que envolve municípios pertencentes das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): 11ª CRS (Erechim), 15º CRS (Palmeira das Missões), 19º CRS (Frederico Westphalen) e 6ª CRS (Passo Fundo); e pela programação científica do Fórum, que envolveu serviços intersetoriais de atendimento à mulher.
- Grupo B: Profissionais que participaram da pesquisa do mestrado (TRENTIN *et al.*, 2019; TRENTIN *et al.*, 2020).

O acesso para contato com os participantes do item A e B ocorreu por meio do endereço eletrônico disponível nas fichas de entrevistas da pesquisa do mestrado e na programação do Fórum. Os participantes preencheram os critérios de inclusão: ser profissional de formação superior e atuar em um serviço intersetorial de atendimento à mulher em situação de violência sexual, com tempo mínimo de 1 ano de atuação nos serviços ou órgãos.

- Grupo C: Professores cadastrados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com os critérios de inclusão: ser doutor, pesquisador ou profissional da área da saúde com publicações de artigo acerca do tema (violência sexual contra a mulher) em periódico científico e/ou resumo sobre o tema em eventos nacional ou internacional no período de 2013 a 2019. O acesso ocorreu com a consulta *online* do currículo *Lattes* dos profissionais por meio do recurso de busca avançada.

A amostra selecionada foi de 25 juízes. Destes, 14 juízes responderam o formulário. A literatura recomenda que a análise deve ser realizada por no mínimo 5 juízes (GARCÍA; SUÁREZ, 2013; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; REVORÊDO *et al.*, 2016). Dos 14 juízes, 2 foram palestrantes do 17º Fórum Perinatal da Macrorregião Norte do Rio Grande do Sul; 6 foram profissionais que participaram da pesquisa do mestrado e 6 são professores cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq.

3.4.3 Coleta dos dados

O meio para a execução das rodadas foi o correio eletrônico, com o envio de um e-mail para confirmação do endereço eletrônico dos participantes para o contato durante as rodadas da coleta de dados. Confirmado o endereço eletrônico, foram enviados a carta de apresentação do estudo, o TCLE (APÊNDICE E) e o formulário.

O formulário foi elaborado no *Google Forms*[®] de forma clara e objetiva. O tempo previsto para devolução do formulário em meio digital foi de 20 dias, sendo que em caso de não devolução até o prazo estabelecido, um novo e-mail foi enviado e se passados 10 dias sem devolução, foi considerada a desistência do participante.

As técnicas, para a formulação de escalas de resposta do formulário, são escalas de estimativa direta, como a escala visual analógica, escalas tipo Likert, entre outras (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para estudo, adotou-se a escala tipo Likert. Nesta escala, os respondentes têm a opção de uma série de itens colocados de modo positivo ou negativo em relação a um determinado fenômeno, em que as respostas indicam um nível de concordância ou discordância, sendo pontuadas e somadas (POLIT; BECK, 2011).

O formulário foi pré-testado com duas participantes que não fizeram parte da amostra de juízes do estudo. No pré-teste, o formulário foi enviado por e-mail, sendo necessários alguns ajustes conforme sugerido por ambas as participantes.

3.4.4 Análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*[®], e a análise estatística para verificar a concordância dos juízes foi realizada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância com determinados pontos do instrumento e de seus itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para a confiabilidade da concordância da avaliação dos juízes será utilizado o índice Kappa. O índice Kappa é uma medida de concordância de interclassificadores, ou seja, testa o grau de concordância (POLIT; BECK, 2011; REVORÊDO *et al.*, 2016).

4 ASPECTOS ÉTICOS

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

O projeto foi encaminhado para o CEPESH/UFSC, via Plataforma Brasil, e foi aprovado sob o parecer nº 3.057.595, CAAE: 02536818.1.0000.0121, em 05 de Dezembro de 2018 (ANEXO B). Aos participantes selecionados (juízes) foi encaminhado e-mail com a carta convite, explicando o estudo e o TCLE (APÊNDICE E).

O sigilo acerca da identidade dos participantes e o anonimato foram assegurados. Para tanto, os participantes estão identificados por um número.

4.1 BENEFÍCIOS

Os participantes não serão beneficiados diretamente. Entretanto, os benefícios esperados do estudo é que o fluxograma poderá promover a articulação dos serviços. Assim, esta rede de atendimento articulada contribuirá para assegurar à mulher em situação de violência sexual a integralidade da atenção, bem como aos profissionais o atendimento qualificado.

4.2 RISCOS

Os riscos aos participantes são mínimos e relacionados com a possibilidade de constrangimento ao responder o formulário. O (a) participante poderá desistir de responder o formulário em qualquer momento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da tese são apresentados em quatro manuscritos conforme Instrução Normativa 01/PEN/2016, que dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PEN/UFSC). Apresenta-se também um capítulo acerca da elaboração do fluxograma.

O manuscrito 1 intitulado “Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede intersetorial” está vinculado ao objetivo 1 da tese: identificar as potencialidades e fragilidades do atendimento intersetorial à mulher em situação de violência sexual.

O manuscrito 2 é uma RIL, com o objetivo de identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca do atendimento a mulheres em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional em saúde.

O manuscrito 3 tem o objetivo de mapear os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual. É intitulado “Mapeamento dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual: uma possibilidade de articulação intersetorial”.

E o manuscrito 4, intitulado “Violência sexual contra a mulher: construção e validação de um fluxograma”, tem o objetivo de validar um Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual.

5.1 MANUSCRITO 1: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL:
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA REDE INTERSETORIAL



ARTIGO ORIGINAL

**Mulheres em situação de violência sexual: potencialidades e fragilidades da rede
intersectorial**

Women in situations of sexual violence: potentialities and weaknesses of the intersectoral network

Mujeres en situaciones de violencia sexual: potencialidades y debilidades de la red intersectorial

Daiane Trentin^I

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3074-3617>

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas^I

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

Sandra Maria Cezar Leal^{II}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4611-0988>

Caroline Porcelis Vargas^I

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9904-0816>

Micheli Leal Ferreira^I

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3064-1875>

Franciele Budziareck das Neves^I

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2015-9153>

^I Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

^{II} Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo:

Trentin D, Vargas MAO, Leal SMC, Vargas CP, Ferreira ML, Neves FB. Women in situations of sexual violence: potentialities and weaknesses of the intersectoral network. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20190856.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0856>

Autor Correspondente:

Daiane Trentin

E-mail: daitrentin@yahoo.com.br

Submissão: 01-11-2018

Aprovação: 15-08-2019

RESUMO

Objetivo: identificar potencialidades e fragilidades da rede intersetorial à mulher em situação de violência sexual, na perspectiva da Bioética de Intervenção (BI) e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). **Método:** estudo qualitativo, realizado com membros da equipe multiprofissional que atuam nos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual (município no Sul do Brasil). Amostra intencional, totalizando 30 profissionais. A técnica de coleta foi a entrevista semiestruturada, de janeiro a abril de 2016. Entrevistas analisadas pela análise temática. **Resultados:** emergiram duas categorias: potencialidades e fragilidades relacionadas a rede intersetorial. Potencialidades confirmam a importância da rede intersetorial articulada, fragilidades, como falta de fluxo organizado e desarticulação dos serviços, resultam na revitimização da mulher e fragmentação do cuidado. **Considerações finais:** necessário articular os serviços e qualificar os profissionais. A BI e a DUBDH fomentam discussões que contribuem no modo de organizar e sustentar a rede intersetorial.

Descritores: Violência Contra a Mulher; Delitos Sexuais; Equipe de Assistência ao Paciente; Colaboração Intersetorial; Bioética.

ABSTRACT

Objective: to identify potentialities and weaknesses of the intersectoral network for women in situations of sexual violence, from the perspective of Intervention Bioethics (IB) and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UDBHR). **Method:** qualitative study conducted with multidisciplinary team members who work in intersectoral care services for women subject to sexual violence. It was held in a municipality in southern Brazil. An intentional sample, totaling 30 professionals. Semi-structured interview was used from January to April 2016. Interviews were analyzed by Thematic Analysis. **Results:** two categories emerged: potentialities and weaknesses related to the intersectoral network. Potentialities confirm the importance of the articulated intersectoral network; weaknesses such as lack of organized flow and disarticulation of services result in women revictimization and care fragmentation. **Final considerations:** it is necessary to articulate services and qualify professionals. IB and UDBHR foster discussions that contribute to how to organize and sustain the intersectoral network.

Descriptors: Violence Against Women; Sex Offenses; Patient Care Team; Intersectoral Collaboration; Bioethics.

RESUMEN

Objetivo: identificar las potencialidades y debilidades de la red intersectorial para mujeres en situaciones de violencia sexual, desde la perspectiva de la Intervención Bioética (IB) y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (DUBDH). **Método:** este es un estudio cualitativo realizado con miembros del equipo multiprofesional que trabajan en servicios de atención intersectorial para mujeres en situaciones de violencia sexual (municipio en el sur de Brasil). La muestra fue intencional, totalizando 30 profesionales. La técnica de recolección fue la entrevista semiestructurada, de enero a abril de 2016. Las entrevistas fueron analizadas por análisis temático. **Resultados:** surgieron dos categorías: potencialidades y debilidades relacionadas con la red intersectorial. Las potencialidades confirman la importancia de la red intersectorial articulada, las debilidades, como la falta de flujo organizado y la desarticulación de los servicios, dan como resultado la revictimización de las mujeres y la fragmentación de la atención. **Consideraciones finales:** es necesario articular los servicios y calificar a los profesionales. BI y DUBDH fomentan debates que contribuyen a cómo organizar y mantener la red intersectorial.

Descriptorios: *Violencia Contra la Mujer; Delitos Sexuales; Grupo de Atención al Paciente; Colaboración Intersectorial; Bioética.*

INTRODUÇÃO

A integralidade e a rede intersetorial instituída e articulada são potencialidades no cuidado à mulher em situação de violência sexual (WHO,2017; BRASIL, 2012). Dentre os requisitos mínimos, na resposta a situações de violência contra mulher, destacam-se as políticas públicas e os protocolos; o apoio dos gestores e os recursos financeiros; a atenção integral e a colaboração intersetorial (OMS, 2014).

Nacionalmente, salienta-se a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que inclui a Rede de Atendimento, compreendendo o atendimento integral dos diferentes serviços, como os da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde à mulher em situação de violência (BRASIL, 2011). Relacionada particularmente à violência sexual, a Portaria MS/GM nº 485 de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS (BRASIL, 2014), no artigo 2º dessa Portaria, salienta que

O Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência contra mulheres, homens, crianças, adolescentes e pessoas idosas e tem como funções precípuas preservar a vida, ofertar atenção integral em saúde e fomentar o cuidado em rede (BRASIL, 2014, p.3).

A importância da atuação dos serviços de saúde na rede intersetorial é enfatizada em um dos recentes documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que apresenta um manual destinado a gestores de saúde no sentido de fortalecer os serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero perpetrada pelo parceiro íntimo ou pela violência sexual (WHO, 2017). O manual sinaliza, entre outros pontos, os serviços de saúde como facilitadores às mulheres no acesso aos demais serviços da rede intersetorial; o respeito pelos direitos humanos das mulheres, um dos princípios fundamentais que orientam o cuidado; e os benefícios da rede intersetorial construída e articulada (WHO, 2017).

No contexto do profissional de saúde, a realidade mostra inconformidades entre o prescrito nas normas e a concretização no cotidiano do atendimento em situações de violência. Estudos sinalizam fragilidades na rede intersetorial como: desarticulação dos serviços e desconhecimento da rede (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015; ARBOIT *et al.*, 2017); necessidade de a rede ser construída e fortalecida (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017); ausência de protocolos (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015);

instrumentalização do profissional incipiente (BEZERRA *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2016); e dificuldade de acesso à rede (COSTA *et al.*, 2017). Quando a rede intersetorial está organizada e articulada, é um potencial no atendimento (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017; CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Estudos internacionais ressaltam a necessidade e a importância de uma resposta integrada, da formação dos profissionais e do fortalecimento multissetorial para coordenar e fornecer recursos às pessoas atingidas pela violência (DAWSON *et al.*, 2019; STEWART *et al.*, 2015), bem como protocolos de tratamento padronizados (VREES, 2017). Estas evidências remetem à magnitude da violência sexual, que incide em sofrimentos à mulher e consequências psicológicas, físicas, riscos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), entre outras (BEZERRA *et al.*, 2016). Logo, faz-se indispensável a articulação da rede para fornecer suporte técnico e integral no atendimento à mulher.

Neste estudo, a Bioética de Intervenção (BI) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) contribuem para a reflexão da temática da rede intersetorial à mulher em situação de violência sexual. Esta discussão ocorre pelo fato de a violência ser um fenômeno complexo e cercado por múltiplas causas, demandando um conjunto de ações e setores no atendimento e enfrentamento (LETTIERE; NAKANO, 2015), além de uma questão de saúde pública (BRASIL, 2012).

A BI surge como uma das alternativas à bioética principialista, defendendo políticas e decisões que beneficiem o maior número de pessoas, no maior espaço de tempo e com as melhores consequências. Em 2005, a aprovação da DUBDH amplia a agenda bioética da área biomédica e biotecnológica para a área social, sanitária e ambiental, confirmando o caráter pluralista da bioética (GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

A BI possibilita discussões acerca dos dilemas éticos, da promoção da justiça, proteção e equidade (GARRAFA; PORTO, 2008; FEITOSA; NASCIMENTO, 2015). A DUBDH contém em seu texto princípios fundamentais da bioética, como o direito à saúde, a dignidade humana e os direitos humanos. Embora seja dirigida aos Estados, a DUBDH pode também orientar decisões ou práticas de indivíduos, grupos, instituições públicas ou privadas em situações pertinentes (UNESCO, 2005). Apesar da existência de estudos acerca da rede intersetorial e do cuidado à mulher em situação de violência sexual, nossa propositiva é olhar as potencialidades e fragilidades da rede intersetorial envolvendo a discussão da bioética. São escassos os estudos que tratam dessa reflexão.

OBJETIVO

Identificar potencialidades e fragilidades da rede intersetorial à mulher em situação de violência sexual, na perspectiva da Bioética de Intervenção (BI) e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH).

MÉTODO

Aspectos éticos

Os dados foram coletados pela pesquisadora após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC). Aos participantes que aceitaram participar das entrevistas, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, explicando os objetivos do estudo e esclarecendo eventuais dúvidas.

Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa.

Cenário do estudo

Estudo realizado com membros da equipe multiprofissional que atuam nos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual em um município localizado na região Norte do Rio Grande do Sul (RS), sendo: dois hospitais, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que coordena o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF); Secretaria de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS), que coordena o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e a Casa Abrigo; Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM); Ministério Público; e o projeto de extensão da Universidade de Passo Fundo (UPF): Clínica de Estudos, Prevenção, Intervenção e Acompanhamento à Violência (CEPAVI).

Os locais selecionados consideraram os serviços do município em que as mulheres em situação de violência sexual têm a possibilidade de buscar atendimento. A coordenadora da Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS e a coordenadora da Vigilância em Saúde do município foram as informantes-chave do estudo, informando os locais para as entrevistas. Na escolha das UBS e ESF, utilizaram-se como critério de intencionalidade: as duas UBS e ESF indicadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município com maior número de notificação de casos de

violência sexual. O acesso a esse dado ocorreu através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Fonte de dados

Os participantes do estudo foram membros da equipe multiprofissional que atuam nos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município em estudo. 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, independente de idade, sexo, horário de trabalho e tempo de atuação. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam de férias ou afastados legalmente por algum tipo de licença.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2016. A técnica utilizada para a coleta foi a entrevista semiestruturada. Das entrevistas individuais, 23 foram gravadas após o consentimento do participante, e 7 manuscritas, devido à não autorização da gravação pelos participantes.

No decorrer das entrevistas, surgiram, por parte de algumas falas dos participantes da pesquisa, os seguintes serviços: o Departamento Médico Legal (DML) e o Projeto Projur Mulher: prestação jurídica a mulheres em situação de violência doméstica e familiar (projeto de extensão da UPF). Foi solicitada a autorização para entrevista e, após autorização, a execução da mesma.

O contato com os participantes indicados foi realizado via telefone, 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.

Os participantes foram identificados com a letra P (profissional), seguido da letra inicial da área de atuação: S - Saúde (hospitalar e saúde pública) e PAP - Proteção ou Apoio Psicossocial (profissionais que atuam na área da justiça, segurança pública, assistência social, assistência psicológica); e de um número (conforme a ordem da realização das entrevistas), assegurando o anonimato.

Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas na íntegra, foi realizada a validação das entrevistas pelos participantes. Para auxiliar na organização dos dados, foi utilizado o *software* Atlas.ti® 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*). Como técnica de análise do material, utilizou-se a análise temática (MINAYO, 2014). Essa técnica consiste em três etapas: primeira etapa (pré-análise); segunda etapa (exploração do material) e terceira etapa (tratamento dos resultados obtidos e interpretação).

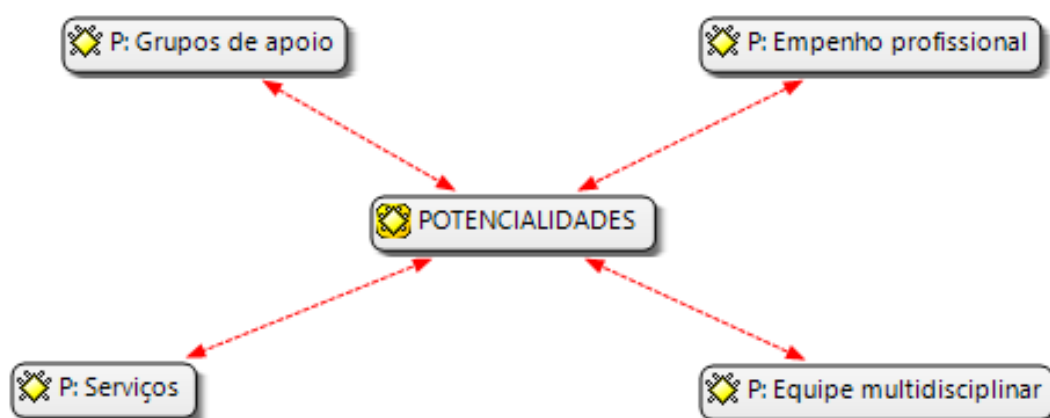
RESULTADOS

Participaram do estudo 11 enfermeiras/os, seis psicólogas/os, cinco médicas/os, três advogadas/os e três assistentes social, e outras profissões, dois participantes. Referente à área de atuação, 12 profissionais de saúde atuam na área hospitalar e 10 profissionais na saúde pública. Na área de proteção, ou apoio psicossocial, participaram 8 profissionais. O tempo de serviço variou de um ano a 25 anos ou mais, sendo 28 profissionais com formação de ensino superior e dois de formação técnica.

A partir da análise do material, os resultados do estudo foram divididos em duas categorias: potencialidades e fragilidades da rede intersetorial à mulher em situação de violência sexual. Estes resultados foram organizados no *software* Atlas.ti® 7.5.6. A Figura 1 apresenta as potencialidades, e a Figura 2 apresenta as fragilidades da rede intersetorial.

Figura 1 - Potencialidades da rede intersetorial

Potencialidades



Fonte: Dados da Autora

As falas relatam como potencialidades da rede intersetorial: a presença de grupos de apoio - que estabelecem vínculos com as mulheres em situação de violência sexual; serviços -

abrangência de serviços especializados e não especializados na assistência, especialmente nas primeiras 72 horas e no que diz respeito ao protocolo de medicações e exames; empenho profissional - apesar das dificuldades, há a busca de proceder com os encaminhamentos pertinentes; e a equipe multidisciplinar - de forma a contemplar a integralidade do cuidado.

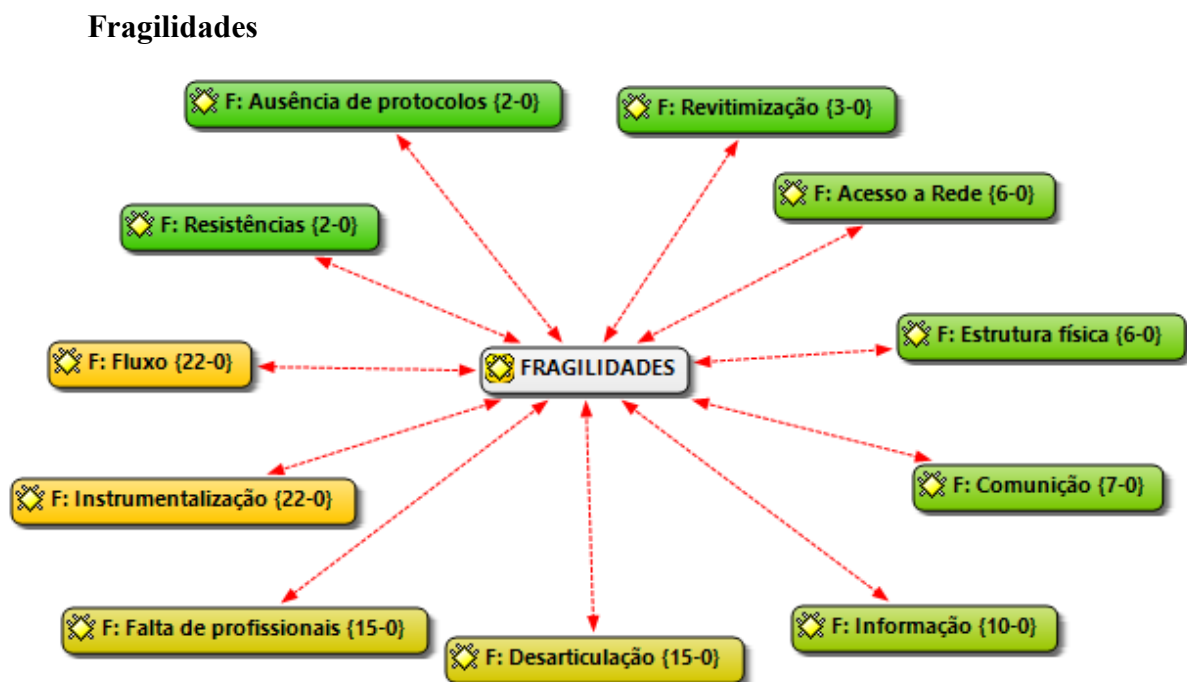
As falas a seguir elucidam algumas das potencialidades encontradas:

No momento que ela vem é atendida, recebe a medicação necessária, faz os exames necessários, é chamado perito, é investigado, é cuidado. (PS20)

Acho que os grupos são uma potencialidade. As visitas domiciliares também são potencialidades no nosso trabalho, que também aproxima. (PS6)

O município conta com a DEAM e hospital, que presta atendimento de ponta nas questões de saúde vinculadas a esse tipo de situação. (PPAP1)

Figura 2 - Fragilidades da rede interssetorial



Fonte: Dados da Autora

Acerca das fragilidades, sobressaem, nos resultados, as questões relacionadas ao fluxo e à desarticulação - incipiente articulação entre os serviços; instrumentalização e falta de profissionais - frágil preparo dos profissionais no atendimento e carência de algumas categorias profissionais.

Outras questões se referem à(s)/ao(s): informação - o profissional desconhece serviços e o fluxo; comunicação - escassa troca de informações entre os setores; estrutura física - inadequados ambientes; acesso à rede - dificuldades para acessar os serviços; revitimização -

percurso da mulher entre os serviços desarticulados; ausência de protocolos - falta de protocolos em alguns serviços e entre os setores para fluxo de atendimento; resistências - barreiras impostas pelos profissionais para atender casos de violência sexual.

Algumas das situações apontadas estão ilustradas nas falas a seguir:

Como o nome está dizendo REDE, deveria ser toda ela interligada, conectada para que a prestação dos serviços profissionais que compõem a rede fosse adequada. O que nós temos hoje, no meu ponto de vista, existem vários órgãos encarregados que atuam na questão da violência sexual, mas nós não estamos interligados. (PPAP30)

Há resistência para esse tipo de atendimento, porque ele ocupa tempo, eu não vou saber perguntar. Enfim, estou cheia de serviço, tenho outras coisas que são prioritárias, ouço isso dos colegas! (PS24)

Acho que não existe aquele fluxo, não existe uma interligação entre todas as instituições que trabalham com isso. Se tentou fazer, se tentou organizar, mas, em algum lugar, ainda acabava parando[...]. Percebo que às vezes é bem difícil esse acesso à rede. [...] às vezes, eles nos encaminham e elas acabam não vindo, se perde esse encaminhamento ou porque não têm recursos para vir nos procurar, às vezes recursos financeiros, às vezes ela não tem até um suporte emocional para vir. Eu diria que as dificuldades são realmente a questão primeira dela poder ter acesso, porque às vezes elas não conseguem chegar, ou se deslocar até aqui. (PPAP8)

Se como profissional tem que ligar para vários lugares para saber aonde encaminhar, imagina a usuária batendo de porta em porta. É uma dificuldade. Eu acho que não se consegue trabalhar de uma forma harmoniosa, sabendo bem certinho: essa paciente eu posso encaminhar para tais e tais lugares. (PS4)

Tu se apresenta como alguém que vai escutar ela, tu vai ouvir essa pessoa como uma fonte de suporte e, muitas vezes, tu não está nem tendo o suporte necessário para atender essa mulher vítima de violência. Nós, profissionais, muitas vezes, não estamos capacitados para atender essas mulheres vítimas de violência. (PS3)

Ressalta-se a identificação de mais fragilidades do que potencialidades na rede intersetorial à mulher em situação de violência sexual.

DISCUSSÃO

Na discussão das potencialidades e fragilidades da rede intersetorial, a análise inferida relaciona as categorias que emergiram do material e a aproximação com alguns elementos da BI e da DUBDH. Da BI, destacamos o acesso aos serviços, políticas públicas e dimensão social, visto a proposta de a BI considerar o lugar a partir do qual são avaliados os conflitos bioéticos, assim, questões da área da saúde precisam ser articuladas com a avaliação das condições sociais (FEITOSA; NASCIMENTO, 2015). Da DUBDH, ressalta-se o objetivo de contribuir para o respeito pela dignidade humana e a proteção dos direitos humanos, como o princípio da dignidade humana e direitos humanos e a promoção de saúde (UNESCO, 2005).

Na categoria das potencialidades, a menção de grupos de apoio revela a importância de estabelecer vínculos. O vínculo, um dos benefícios da rede intersetorial construída e articulada, favorece à mulher, que sofreu violência sexual, o seguimento e o acompanhamento no cuidado, e também a encoraja a revelar situações de violência. Nesse sentido, um estudo que analisou a rede social e os tipos de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo identifica vínculos fortes entre as mulheres e a rede secundária (no estudo, definida como a rede constituída por instituições oficiais), como o acolhimento e a atenção resolutiva (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017).

A presença dos serviços, alguns especializados, como a DEAM e outros não especializados, como hospitais gerais, mas que são referências no atendimento à mulher em situação de violência sexual, emergem no contexto do município como potencialidades. Dentre os pontos destacados, há a aplicação do protocolo de exames e medicamentos, em que a agilidade da efetivação desse protocolo é fundamental para evitar ISTs e outras consequências da violência sexual (BRASIL, 2012). A realização de exames físico e ginecológico, testes sorológicos, coleta de vestígios, assistência farmacêutica e acompanhamento multiprofissional é um meio eficaz de aplicação da legislação, diretrizes e políticas públicas, como demonstrou um estudo realizado em um Serviço de Atendimento à Mulher Vítima de Violência no Piauí, com o objetivo de avaliar políticas públicas, legislação de proteção à mulher e atendimentos de saúde às vítimas de violência sexual (PINTO *et al.*, 2017).

O empenho profissional diz respeito ao potencial dos profissionais na rede intersetorial de se sobrepôr às dificuldades encontradas, como a falta de algumas categorias de profissionais e a estrutura física para realizar o cuidado e os encaminhamentos necessários nas situações de violência sexual. Em um contexto rural, um estudo acerca do acesso e acessibilidade à rede de atenção ressalta a potencialidade dos profissionais de enfermagem no acolhimento e promoção da articulação dos serviços da rede (COSTA *et al.*, 2017). Uma revisão sistemática da literatura sinaliza como potencial os profissionais de saúde que, para além do cuidado, atuam como *gateway* para outros serviços de apoio (LANTHIER; DU MONT; MASON, 2016).

A equipe multidisciplinar constitui outra potencialidade nas situações de violência sexual. Embora mencionada como uma potencialidade, o trabalho em equipe necessita ser fortalecido. É um dos requisitos descritos nos documentos da OMS (2014) e nacional (BRASIL, 2012); qualificando e proporcionando o cuidado integral à mulher. Para tanto, faz-se necessário a articulação dos diferentes saberes para trabalhar de forma conjunta e centrada (COSTA *et al.*, 2017; ZIJLSTRA *et al.*, 2017).

No contexto deste estudo, a rede intersetorial tem potencialidades ainda que incompletas e incipientes, visando obter o cuidado integral em situação de violência sexual, considerando as dimensões e situações que envolvem a mulher. Assim, relaciona-se com a ótica da BI e DUBDH, em que questões da área da saúde precisam ser articuladas com as condições sociais da pessoa (FEITOSA; NASCIMENTO, 2015), contemplando o princípio da dignidade humana e direitos humanos, e transcendendo as questões biomédicas e biotecnológicas (UNESCO, 2005; GARRAFA, 2012).

A categoria das fragilidades emerge como maior evidência do que a categoria das potencialidades; com destaque para o fluxo e a instrumentalização. Os profissionais relatam a falta de fluxo organizado, e apesar da existência de serviços, que são potencialidades no município, sobressai a desarticulação entre estes. Questões relacionadas articulação no atendimento em situações de violência são sinalizadas também em outros contextos nacionais (ARBOIT *et al.*, 2017; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; LETTIERE; NAKANO, 2015; MENEZES *et al.*, 2014; BORTH *et al.*, 2018). Internacionalmente, um estudo em cinco países também destaca a necessidade de protocolos e articulação entre os serviços da rede, como resposta efetiva no enfrentamento da violência contra a mulher (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015).

Salienta-se a menção, em algumas falas, da existência de fluxo institucional, mas no âmbito do município, ocorrem informações incipientes, inferindo-se a ausência de fluxograma implementado e a desarticulação entre os serviços da rede intersetorial.

Ressalta-se a relação entre a revitimização da mulher com a falta de fluxo e a desarticulação dos serviços, em que a mulher precisa recontar o fato da violência em diversos serviços ou profissionais que procura (ARBOIT *et al.*, 2017). Nesse sentido, a articulação e a organização do fluxo, bem como o conhecimento dos serviços que existem no município para realizar os encaminhamentos, possibilita ao profissional clareza e melhor direcionamento do que fazer nas situações de violência sexual, podendo evitar o sofrimento e exposição da mulher à outras violências.

A instrumentalização frágil é outra questão que emerge. O despreparo do profissional por conta de lacunas em sua formação acerca da temática, por processos de qualificação incipientes, tem consequências negativas, como abordagem inadequada e práticas preconceituosas, revitimizando a mulher (COSTA *et al.*, 2017; BEZERRA *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2016). Assim, a formação e qualificação dos profissionais é fundamental para melhorar o cuidado (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; DAWSON *et al.*, 2019; STEWART *et al.*, 2015).

Estes processos incipientes na formação e dificuldades pessoais do profissional podem estar associados à resistência de alguns profissionais em casos de violência sexual. A violência requer um cuidado para além do físico, envolvendo outras dimensões da pessoa. Isso pode ser um desafio e gerar a resistência para atender a mulher. Nesse sentido, um estudo sinaliza que há profissionais com uma prática na escuta que não inclui a dimensão subjetiva e social da mulher (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

A falta de algumas categorias de profissionais é outra fragilidade. Esse aspecto remete aos gestores públicos e serviços na busca de resolução dessa necessidade. O insuficiente quantitativo de recursos humanos incide na demora do atendimento (BARROS *et al.*, 2015). A espera por agendamentos, especialmente especializados, é outro fator ligado a falta de profissionais, podendo causar a desistência da mulher no seguimento e acompanhamento, comprometendo a integralidade do cuidado.

A ausência de protocolo é relatada pelos profissionais em alguns serviços e no âmbito do município. Protocolos proporcionam a padronização no cuidado (VREES, 2017). No entanto, se por um lado é um instrumento que auxilia na organização das ações intersetoriais na rede, por outro a utilização de ações fixas e únicas também podem restringir a prática efetiva no atendimento, por conta da complexidade da violência demandar soluções plurais (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Outra questão que emerge é a informação, que diz respeito ao desconhecimento dos profissionais acerca do fluxo e do conjunto de serviços disponíveis no município para os encaminhamentos, comprometendo a agilidade e qualidade do cuidado. Para uma rede intersetorial potente, faz-se necessário o conhecimento dos serviços envolvidos e a comunicação entre os profissionais. Conhecer os serviços possibilita a integralidade, por meio de encaminhamentos adequados e relacionados às necessidades da mulher (MENEZES *et al.*, 2014; BORTH *et al.*, 2018). Sobre a comunicação, esta é fundamental para a articulação da rede, que necessita além do diálogo entre os serviços, comunicação e interação entre os profissionais (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Acerca da estrutura física, os documentos recomendam espaços acolhedores e com estrutura apropriada (BRASIL, 2012; OMS, 2014). Entretanto, a estrutura inadequada como a falta de espaço físico para abordagem da mulher com privacidade é uma fragilidade encontrada pelos profissionais e vivenciada pela mulher (BARROS *et al.*, 2015). Quanto à questão do acesso à rede, dificuldades decorrentes da logística, informação e outros elementos fragilizam o acesso aos serviços da rede. A dificuldade de acesso aos serviços por determinados grupos é demonstrada em um estudo com pessoas sobreviventes da violência sexual que vivem na

pobreza, analisando os desafios e experiências na obtenção da assistência. Identificou que a acessibilidade à informação, o treinamento para profissionais podem assegurar serviços acessíveis e que atendam às necessidades de sobreviventes de violência sexual (SIT; STERMAC, 2017).

O acesso e a integralidade do cuidado encontram-se incipientes diante das fragilidades da rede intersetorial. Na perspectiva da BI, que discorre acerca das desigualdades sociais, como a falta de acesso a saúde e a responsabilidade do Estado na defesa das populações mais vulneráveis, há deficiências em políticas públicas (FEITOSA; NASCIMENTO, 2015; MORAES *et al.*, 2019), incidindo na violação do princípio da dignidade humana e direitos humanos (FEITOSA; NASCIMENTO, 2015; UNESCO, 2005).

A efetivação de políticas públicas é um meio para superar fragilidades na rede. Nessa direção, um estudo ressalta a importância da DUBDH em fornecer ferramentas teórico-normativas, proporcionando contribuições reflexivas e prescritivas sobre o contexto de desigualdade, especialmente em saúde. Mostra que o princípio da justiça da DUBDH pede que os Estados e as instituições internacionais adotem políticas destinadas a reconfigurar a distribuição de recursos (PARIZI; ALBUQUERQUE, 2015).

Limitações do estudo

Ainda que a presente investigação contemple um pertinente quantitativo de membros da equipe multiprofissional que atuam nos serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual, identifica-se como limitação do estudo o aspecto da pesquisa ser localizada, o que precisa ser considerado na reprodução e divulgação dos resultados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O cuidado à mulher em situação de violência sexual, na perspectiva da rede, caracteriza um avanço na assistência. Portanto, este estudo contribui na exploração do fenômeno - rede intersetorial - a partir da ótica dos profissionais, fornecendo elementos para uma proposta de articulação e sustentabilidade da rede à mulher em situação de violência sexual.

É preponderante identificar o contexto local com suas potencialidades e fragilidades para a partir da realidade, propor melhorias e ações que possibilitem efetivar o prescrito nos documentos norteadores. A articulação dos serviços e o fluxo implementado, profissionais instrumentalizados e suficientes, possibilitam à mulher em situação de violência sexual o acesso aos serviços, a integralidade do cuidado e, por consequência, asseguram seus direitos e sua dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou potencialidades que confirmam a importância da rede intersetorial instituída e articulada, e fragilidades, principalmente a falta de fluxo organizado e a desarticulação dos serviços, incidindo em questões como a revitimização da mulher e na fragmentação do cuidado. A realidade do município, na ótica dos profissionais, sinaliza um caminho a percorrer na busca de superar as lacunas da rede intersetorial, articulando os serviços, qualificando os profissionais e na alocação de recursos financeiros e humanos para responder a complexidade da violência sexual.

A BI e a DUBDH apontam para a importância das políticas públicas na concretização do que é recomendado nos documentos internacionais e nacionais em defesa dos direitos humanos e da dignidade da pessoa. Fornecem subsídios e fomentam discussões que contribuem no modo de organizar e sustentar a rede intersetorial, tendo presente que a integralidade do cuidado à mulher em situação de violência sexual necessita considerar o contexto que a envolve e a realidade da rede no município.

FOMENTO

O trabalho contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE NETTO, L. *et al.* As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, e07120015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017007120015>. Acesso em: 27 set. 2017.

ARBOIT, J. *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03207, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016013603207>. Acesso em: 27 set. 2017.

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://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000020000>. Acesso em: 27 set. 2017.

BEZERRA, J.F. *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 29, n. 1, p. 51-59, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4186/pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

BORTH, L.C. *et al.* Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. *Rev. Bras. Enferm*, v. 71, supl. 3, p. 1287-94, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0044>. Acesso em: 27 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma técnica:** Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3. ed. atual. e ampl., 1. Brasília, 2012, p.124. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 29 mar. 2018.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; KINALSKI, D.D.F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 37, e2016-0056, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>. Acesso em: 27 set. 2017.

COSTA, M.C. *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, e59553, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>. Acesso em: 27 set. 2017.

DAWSON, A.J. *et al.* The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. **Academic Emergency Medicine**, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13721>. Acesso em: 10 jul. 2019.

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 set. 2018.

GARRAFA, V.; PORTO, D. **Verbete:** Bioética de intervención. In: TEALDI, J.C. (Org.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008.

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.

GARRAFA, V; MARTORELL, L.B.; NASCIMENTO, W. F. Críticas ao principialismo 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: 20 set. 2018.

GARCÍA-MORENO, C. *et al.* The health-systems response to violence against women. **Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1567-79, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7). Acesso em: 27 set. 2017.

LANTHIER, S.; DU MONT, J.; MASON, R. Responding to Delayed Disclosure of Sexual Assault in Health Settings: A Systematic Review. **Trauma Violence Abuse**, v. 19, n.3, p. 251-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838016659484>. Acesso em: 27 set. 2017.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf**, v. 17, n. 4, p. 01-08, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>. Acesso em: 27 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acessado em: 20 set. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas**. Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr1310/es/>. Acesso em: 19 set. 2018.

PARIZI, R. R. C.; ALBUQUERQUE, A. Desigualdade, bioética e Direitos Humanos. **Rev. bioét.** v. 23, n. 2, p. 227-37, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232061>. Acesso em: 19 set. 2018.

PINTO, L.S.S et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, v. 5, p. 1501-1508, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501501&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2018.

MENEZES, P.R.M *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc**, v. 23, n. 3, p. 778-86, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>. Acesso em: 27 set. 2017.

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

MORAES, D.A. *et al.* Precarisation of dentistry in private healthcare: bioethical analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p:705-714, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.01972017>. Acesso em: 10 jul. 2019.

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. 249-58, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf. Acesso em: 27 set. 2017.

SIT, V.; STERMAC, L. Improving Formal Support After Sexual Assault: Recommendations From Survivors Living in Poverty in Canada. **J Interpers Violence**, v.1, n. 86260517744761, 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260517744761>. Acesso em: 18 abr. 2018.

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://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1994-9>. Acesso em: 10 jul. 2019.

VIEIRA, L.J.E.S. *et al.* Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3957-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>. Acesso em: 27 set. 2017.

VREES, R.A. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. **Obstet Gynecol Surv**, v. 72, n. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/OGX.0000000000000390>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ZIJLSTRA, E. *et al.* Challenges in interprofessional collaboration: experiences of care providers and policymakers in a newly set-up Dutch assault centre. **Scand J Caring Sci**, v.32, n.1, p. 138-46, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12439>. Acesso em: 27 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers**. World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>. Acesso em: 19 jun. 2020.

5.2 MANUSCRITO 2 - ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Esc Anna Nery 2019; 23 (4): e20180324
REVIEW

Título abreviado: Mulheres em situação de violência sexual

Atendimento a mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa da literatura

Women care in situations of sexual violence: an integrative literature review

Atención a las mujeres en situación de violencia sexual: revisión integrativa de la literatura

Daiane Trentin¹

<https://orcid.org/0000-0003-3074-3617>

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas¹

<https://orcid.org/0000-0003-4721-4260>

Mônica Motta Lino¹

<https://orcid.org/0000-0003-0828-7969>

Sandra Maria Cezar Leal²

<https://orcid.org/0000-0003-4611-0988>

Micheli Leal Ferreira¹

<https://orcid.org/0000-0002-3064-1875>

Isabela Saioron¹

<https://orcid.org/0000-0001-6402-830X>

1. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

2. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Daiane Trentin.

E-mail: daitrentin@yahoo.com.br.

Recebido em 05/11/2018.

Aprovado em 13/06/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0324

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca do atendimento a mulheres em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional em saúde. **Método:** Revisão integrativa da literatura, realizada em quatro bases de dados e em uma biblioteca digital, com os critérios de inclusão: tipo de estudo, idioma e recorte temporal. A amostra final foi composta por 34 estudos. **Resultados:** Da síntese das evidências, emergiram nove categorias: rede de atendimento, trabalho em equipe, profissional de saúde na rede de atendimento, capacitação e treinamento, integralidade, protocolos, serviços, acesso aos serviços e apoio dos gestores; organizadas em potencialidades, demandas e fragilidades. Constituindo elementos necessários para a eficácia do atendimento pela equipe multiprofissional à mulher em situação de violência sexual. **Conclusão e Implicações para a prática:** Apesar das potencialidades do atendimento à mulher em situação de violência sexual, sobressaem fragilidades, como incipiente e inexistente articulação da rede de atendimento intersetorial, gerando demandas de construção, articulação e sustentabilidade da rede. Além disso, a qualificação profissional e o apoio dos gestores na efetivação de políticas públicas possibilitam a integralidade da atenção, atualização e evidências no atendimento.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Delitos sexuais; Equipe de assistência ao paciente; Revisão.

ABSTRACT

Objective: to identify Brazilian and international scientific evidence about women in situation of sexual violence service by a multidisciplinary health team. **Method:** an integrative literature review carried out in four databases and in a digital library, with the following inclusion criteria: type of study, language and temporal cut. The final sample consisted of 34 studies.

Results: nine categories emerged: service network; teamwork; health professional in the service network; qualification and training; comprehensiveness; protocols; services; access to services and support from managers. They were organized into potentialities, demands and weaknesses, constituting elements necessary for assistance effectiveness by the multidisciplinary team to women in situation of sexual violence. **Conclusion an Implications for practice:** despite the potential of providing women care in situations of sexual violence, weaknesses stand out as an incipient and inexistent articulation of the intersectoral care network, generating demands for the networks' construction, articulation and sustainability. In addition, professional qualification and support of managers in the performance of public policies make possible care comprehensiveness, updates and service evidence.

Keywords: Violence Against Women; Sex Offenses; Patient Care Team; Review.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las evidencias científicas nacionales e internacionales acerca de la atención a mujeres en situación de violencia sexual por el equipo multiprofesional en salud.

Método: Revisión integrativa de la literatura, realizada en cuatro bases de datos y en una biblioteca digital, Criterios de inclusión: tipo de estudio, idioma y recorte temporal. Muestra final de 34 estudios. **Resultados:** De la síntesis de las evidencias, emergieron nueve categorías: red de atención, trabajo en equipo, profesional de salud en la red de atención, capacitación y formación, integralidad, protocolos, servicios, acceso a los servicios y apoyo de los gestores; organizadas en potencialidades, demandas y fragilidades, constituyendo elementos necesarios para la eficacia de la atención por el equipo multiprofesional a la mujer en situación de violencia sexual. **Conclusión e Implicaciones para la práctica:** A pesar de las potencialidades de la atención a la mujer en situación de violencia sexual, sobresalen fragilidades, como incipiente e inexistente articulación de la red de atención intersectorial, generando demanda de construcción, articulación y sostenibilidad de la red. Además, la capacitación profesional y

el apoyo de los gestores en la efectividad de políticas públicas posibilitan la integralidad de la atención, actualización y evidencias en el atendimento.

Palabras clave: *Violencia contra la mujer; Delitos sexuales; Grupo de atención al paciente; Revisión.*

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o atendimento interdisciplinar e multissetorial em situações de violência sexual. Abrangendo serviços públicos e privados, como saúde, educação, justiça criminal, serviços sociais; e a sociedade civil (WHO, 2017). Mulheres em situação de violência sexual tendem a procurar os serviços de saúde, uma vez que, na maioria das vezes, são o primeiro contato e ponto de entrada para o atendimento. Nesse sentido, a atuação dos profissionais de saúde é fundamental para formar vínculos e articular o atendimento com os outros serviços intersetoriais (WHO, 2017).

A busca por atendimento nos serviços de saúde e demais serviços da rede intersetorial advém dos impactos da violência sexual nas múltiplas dimensões da mulher. A problemática da violência sexual, além das consequências negativas de ordem emocional e psíquica, tem impactos na saúde sexual e reprodutiva da mulher, exposição a riscos como lesões físicas, gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (BRASIL, 2012; DELZIOVO *et al.*, 2018).

Em âmbito mundial, cerca de 35% das mulheres já sofreram violência sexual e/ou física (WHO, 2017). No Reino Unido e nos EUA, a estimativa é que uma em cada cinco mulheres e uma em cada seis mulheres, respectivamente, durante a vida será vítima de violência sexual. Salienta-se que apenas 16,5% - 26,1% das agressões são relatadas, demonstrando que a violência sexual apresenta índices elevados de subnotificação (PERSSON; DHINGRA; GROGAN, 2018).

Nacionalmente, dados com base nas informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde (MS) mostram que 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil, sendo 89% das vítimas do sexo feminino (IPEA, 2014). Estudo realizado em Santa Catarina, acerca das características dos casos de violência sexual praticada contra mulheres notificados por profissionais de saúde, mostrou que 12,9% das violências notificadas foram violências sexuais (DELZIOVO *et al.*, 2017). No Distrito Federal, um estudo que descreveu as características epidemiológicas dos casos de violência contra a mulher notificados apontou que 22% das mulheres relataram violência sexual (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

Destaca-se, ainda, o princípio da integralidade no atendimento, envolvendo assistência pautada em conhecimentos científicos atualizados, tecnologia apropriada, respeito às singularidades e sem discriminação (BRASIL, 2012). É um processo que requer articulação dos serviços, estrutura adequada e profissionais qualificados para assegurar atenção integral à mulher em situação de violência sexual. Nesta perspectiva, a articulação entre os serviços da rede de atendimento, a melhora no acolhimento e a valorização da relação intersubjetiva entre a mulher e os profissionais são fatores que elevam a adesão ao seguimento ambulatorial, como demonstrou um estudo com objetivo de compreender os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual (TRIGUEIRO *et al.*, 2018).

Visto a importância de ações conjuntas, intersetoriais, evidenciadas em programas que atendem situações de violência (MAFIOLETTI *et al.*, 2018); estudos na área da enfermagem vêm sendo desenvolvidos nessa direção colaborativa. É necessário fortalecer esta nova perspectiva de pesquisas na enfermagem, atendendo a prioridades das agendas nacionais e internacionais de pesquisa científica (LINO *et al.*, 2017).

Considerando a importância da temática da violência sexual, em que o atendimento eficaz é fundamental para mulheres nessa situação, justifica-se o desenvolvimento da presente revisão, cujo objetivo consistiu em: identificar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca do atendimento às mulheres em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional em saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com sistematização baseada nas etapas de Ganong (1987). Inicialmente, foi elaborada a questão de revisão: Quais as evidências científicas nacionais e internacionais acerca do atendimento às mulheres em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional em saúde? A busca nas fontes de dados (base de dados e biblioteca digital) ocorreu com o auxílio de uma bibliotecária, no mês de setembro de 2017, em quatro bases de dados: *Public Medline* (PubMed®); *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL®); Scopus®; e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS®); e em uma biblioteca digital: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO®).

Os termos de busca (descritores e palavras-chave) foram combinados por meio do operador booleano “OR” e “AND”. Descritores: Violência contra a mulher; Delitos sexuais; Equipe de assistência ao paciente; Profissionais de enfermagem; Pessoal de saúde. Palavras-

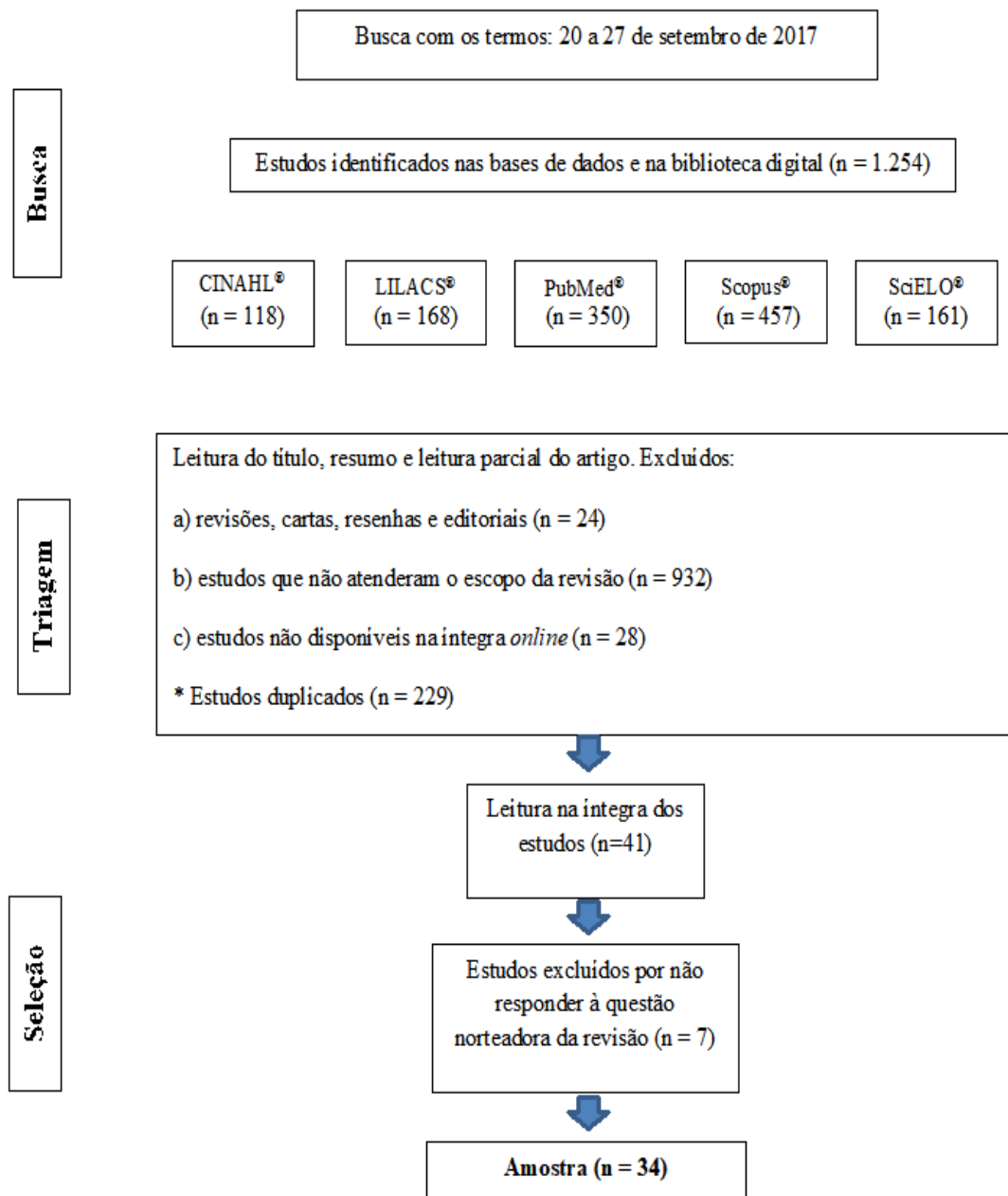
chave: Violência doméstica e sexual contra a mulher, Violência de gênero; Abuso sexual, Agressão sexual, Atentado ao pudor, Crimes sexuais, Ofensa sexual, Violência sexual, Injúria sexual; Equipe de cuidados de saúde, Equipe interdisciplinar de saúde, Equipe multiprofissional, Equipe de saúde; Profissionais da saúde, Trabalhador da saúde. Também foram utilizados os respectivos termos citados em inglês e espanhol.

Foram incluídos estudos oriundos de pesquisa original, disponíveis na íntegra *online*; publicados em português ou inglês ou espanhol e com recorte temporal (publicações entre 2012 e 2017). Salienta-se que foram empregadas estratégias de busca distintas em cada base de dados e na biblioteca digital, sendo identificados 1.254 estudos.

O motivo do recorte temporal advém do aumento das publicações de documentos voltados ao atendimento em situações de violência sexual. Dentre as publicações, destacam-se: o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que 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; a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, e a Portaria MS/GM no 485, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS (BRASIL, 2016).

Na triagem e seleção dos estudos, foi realizada a leitura do título, do resumo e a leitura parcial do artigo. Os estudos duplicados foram considerados apenas uma vez. Foram excluídas revisões, cartas, resenhas e editoriais, estudos não disponíveis na íntegra *online* e estudos que não atenderam o escopo da revisão. Selecionados 41 estudos e lidos na íntegra; destes, sete foram excluídos por não responder à questão norteadora da revisão. A amostra final foi composta por 34 estudos, que foram organizados em uma tabela no *Microsoft Word*[®] para a síntese, a partir dos principais resultados e agrupando-os por categorias. O esquema de busca e seleção dos estudos é apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Esquema de busca e seleção dos estudos. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.



*Estudos considerados apenas uma vez.

A classificação da força de evidências dos estudos foi realizada de acordo com os níveis (N): N1 - revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; N2 - ensaios clínicos randomizados controlados; N3 - ensaios clínicos sem randomização; N4 - coorte e caso-controle; N5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; N6 - estudo descritivo ou qualitativo; N7 - opinião de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos 34 estudos selecionados, o número de publicações por ano foi: 2012: cinco; 2013: quatro; 2014: sete; 2015: oito; 2016: cinco; 2017: cinco (até a data da busca). Em relação ao país em que foram desenvolvidos os estudos: Brasil (19), Estados Unidos da América (7), Canadá (1); África do Sul, Irã, Holanda e Inglaterra (1) estudo em cada país; e três estudos foram desenvolvidos em multipaíses. O idioma predominante nas publicações foi o português (19), seguido do inglês (14) e espanhol (1). Referente à abordagem metodológica: estudos qualitativos (24), estudos quantitativos (7) e estudos métodos mistos (3). Com relação ao nível de evidência dos estudos selecionados: N - 6 (30 estudos), N - 4 (2 estudos) e N - 7 (2 estudos). O Quadro 1 apresenta o ano de publicação, país, título e objetivo dos estudos selecionados.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos acerca do atendimento às mulheres em situação de violência sexual, segundo: ano de publicação, país, título e objetivo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

Estudo	País	Título	Objetivo
OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012	Brasil	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	Estimar a prevalência de violência em mulheres usuárias da atenção primária em saúde, se essas situações eram detectadas e como eram tratadas pelos profissionais desses serviços
CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016	Brasil	Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva	Identificar as informações necessárias para a construção de instrumentos destinados a viabilizar a articulação de profissionais de serviços de atendimento com mulheres em situação de violência com vistas à constituição de uma rede de atenção
MOYLAN;L INDHORST; TAJIMA, 2015	EUA	Sexual Assault Response Teams (SARTs): Mapping a Research Agenda That Incorporates na Organizational Perspective	Conceitua os SARTs de uma perspectiva organizacional e explora três abordagens para pesquisar SARTs que têm o potencial de aumentar nossa compreensão dos benefícios e desafios da prestação de serviços multidisciplinares
ALBUQUER QUE NETTO et al, 2017	Brasil	As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo	Analisar a rede social e os tipos de apoio fornecidos às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo
D'OLIVEIR A; SCHRAIBE R, 2013	Brasil	Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção	Aborda como o tema da violência doméstica e sexual contra a mulher assume, nas últimas décadas, o caráter de problema de saúde pública e direitos humanos. Cotejar esses dois lados da questão: como as mulheres enfrentam o problema buscando apoios

			e como os serviços têm atuado como apoio social institucionalizado
MENEZES et al, 2014	Brasil	Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral	Identificar elementos que interferem no processo de enfrentamento da violência contra a mulher
SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015	Brasil	Mulher em situação de violência: limites da assistência	Analisar os limites da prática assistencial à mulher em situação de violência, de equipes de saúde da família na rede de atenção
CORTES et al, 2015	Brasil	Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero	Conhecer as ações de cuidar de mulheres em situação de violência por enfermeiras em serviços de urgência e emergência e analisar as ações que busquem o empoderamento de mulheres para a equidade de gênero
CORTES; PADOIN, 2016	Brasil	Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde	Apreender as motivações da ação da enfermeira ao cuidar de mulheres em situação de violência
ARBOIT et al, 2017	Brasil	Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede	Conhecer as concepções e ações de profissionais de saúde sobre a rede de atenção às mulheres em situação de violência
GARCÍA-MORENO et al, 2015	Multi países	The health-systems response to violence against women	Revisar as evidências de intervenções clínicas e discutimos componentes de uma abordagem abrangente do sistema de saúde que ajuda os profissionais de saúde a identificar e apoiar as mulheres submetidas a violência sexual ou por parceiro íntimo
COSTA et al, 2017	Brasil	Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde	Analisar o acesso e a acessibilidade à rede de atenção às mulheres em situação de violência, residentes em contextos rurais, a partir dos discursos de profissionais
LIMA et al, 2013	Brasil	Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual	Analisar os discursos de profissionais que atendem a mulher em situação de violência sexual; compreender a relação das práticas profissionais com a emancipação da opressão de gênero
LIMA; DESLANDE S, 2014	Brasil	Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000	Analisar e refletir sobre as principais políticas e ações públicas produzidas ou instituídas no setor saúde brasileiro ao longo da década de 2000 e que contribuíram para o enfrentamento da violência sexual contra mulheres no Brasil, considerando os avanços e as dificuldades encontradas
LETTIERE; NAKANO, 2015	Brasil	Rede de atenção à mulher em situação de violência: os	Compreender, sob a ótica dos profissionais que atuam nos serviços que compõem a rede, como se

		desafios da transversalidade do cuidado	configura a atenção à mulher em situação de violência
SMITH et al, 2013	Multi países	Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings	Descrever o efeito do treinamento multimídia do CCSAS sobre as atitudes, conhecimento, confiança e práticas dos profissionais de saúde que prestam cuidados clínicos aos sobreviventes de abuso sexual em campos de refugiados na Etiópia e no Quênia, um cenário pós-conflito na República Democrática do Congo (RDC) e um ambiente de refugiados urbanos na Jordânia
JINA et al, 2014	África do Sul	A cross-sectional study on the effect of post-rape training on knowledge And confidence of health professionals in South Africa	Determinar se um programa nacional de treinamento em cuidados pós-estupro na África do Sul resultou em melhorias no conhecimento e confiança nos profissionais de saúde e em distinguir os fatores básicos relacionados a essas mudanças de conhecimento e confiança
WADSWORTH; VAN ORDER, 2012	EUA	Care of the Sexually Assaulted Woman	Descrever as consequências de curto e longo prazo da violência sexual feminina e, usando estudos de caso, fornece um guia para profissionais de enfermagem sobre cuidados abrangentes e capacitadores, desde a triagem adequada após agressão sexual até infecções sexualmente transmissíveis e profilaxia da gravidez e acompanhamento e encaminhamento para a mulher agredida sexualmente
HEFFRON et al, 2014	EUA	Original research: Giving sexual assault survivors time to decide: an exploration of the use and effects of the nonreport option	Examinar a implementação da opção nonreport no Texas; explorar seu impacto sobre as SANEs, os sobreviventes e o sistema de justiça criminal; e identificar pontos fortes e desafios do processo de não relato
BAPTISTA et al, 2015	Brasil	Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros	Investigar a prática dos enfermeiros acerca da violência sexual contra mulheres
REYES et al, 2012	Multi países	An assessment of health sector guidelines and services for treatment of sexual violence in El Salvador, Guatemala, Honduras and Nicaragua	Descrever as diretrizes do setor de saúde para o atendimento de vítimas de violência sexual no país e documentar serviços de saúde (hospitais e centros de saúde) UNFPA e Ipas
JAKUBEC et al, 2013	Canadá	Identificación de las fortalezas, preocupaciones y necesidades educativas del	Identificar uma maneira de abordar os riscos da segunda vitimização dentro da prática rural, com base nas forças existentes, e compreender os recursos educacionais necessários para a crise de

		Servicio Rural de Agresión Sexual en las comunidades rurales y aborígenes de Alberta (Canadá)	assistência em trabalhadores em comunidades rurais e indígenas
ACOSTA et al, 2017	Brasil	Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica	Analisar os conhecimentos de enfermeiras hospitalares sobre os aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica
BEZERRA et al, 2016	Brasil	Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde	Analisar os sentidos atribuídos por profissionais de saúde aos conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher
VIEIRA et al, 2016	Brasil	Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde	Analisar a utilização de protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais em duas capitais brasileiras
ANNAN, 2014	EUA	'We desperately need some help here' – The experience of legal experts with sexual assault and evidence collection in rural communities	Examinar as experiências de provedores legais de comunidades rurais que atendem vítimas de agressão sexual
FAUNDES; OSIS; PÁDUA, 2012	Brasil	Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil	Avaliar a situação do atendimento nos serviços públicos de saúde às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil, visando determinar a prevalência de programas ou serviços municipais de atenção de rotina e/ou de emergência a mulheres e crianças que sofrem violência sexual nos municípios brasileiros, e descrever as características destes e sua adequação à norma técnica do Ministério da Saúde (1999)
SHAHALI et al, 2016	Irã	Barriers to Healthcare Provision for Victims of Sexual Assault: A Grounded Theory Study	Explorar o processo de cuidados de saúde e serviços clínicos para vítimas de agressão sexual nos centros de saúde do Irã
MCMILLAN ; WHITE, 2015	Inglaterra	“Silly Girls” and “Nice Young Lads”: Vilification and Vindication in the Perceptions of Medico-Legal Practitioners in Rape Cases	Explorar percepções e presunções em relação ao estupro, mulheres estupradas, e estupradores, entre profissionais de medicina legal que realizam exames médicos forenses em caso de estupro
ZIJLSTRA et al, 2017	Holanda	Challenges in interprofessional collaboration: experiences of care	Melhorar nossa compreensão dos desafios na colaboração interprofissional em um centro recém-criado para a violência sexual e familiar

		providers and policymakers in a newly set-up Dutch assault centre	
CAMPBELL ; PATTERSON; BYBEE, 2012	EUA	Prosecution of Adult Sexual Assault Cases: A Longitudinal Analysis of the Impact of a Sexual Assault Nurse Examiner Program	Examinar se os casos de abuso sexual de adultos tinham maior probabilidade de serem investigados e processados após a implementação de um programa SANE em um grande município do Centro-Oeste
CAMPBELL et al, 2014	EUA	The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner Programs on Criminal Justice Case Outcomes: A Multisite Replication Study	Avaliação multisite de seis programas SANE (dois programas rurais, dois servindo comunidades médias, dois urbanos) para avaliar como a implementação dos programas SANE afeta taxas de acusação de assalto sexual adulto
BARROS et al, 2015	Brasil	Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde	Conhecer a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde a partir da fala de mulheres que vivenciaram o estupro
JURASKA et al, 2014	EUA	Sexual Assault Services Coverage on Native American Land	Mostrar a cobertura de instalações com SAE ou Programas SART em terras indígenas e demonstrar até que ponto a IHS e a provisão hospitalar tribal de exames de agressão sexual melhoraram o acesso para Native American vítimas de agressão sexual a serviços apropriados

A partir da leitura e da comparação entre os resultados dos estudos, emergiram nove categorias, organizadas em: potencialidades, demandas e fragilidades no atendimento a mulheres em situação de violência sexual. Essas categorias são apresentadas no Quadro 2:

Quadro 2 - Potencialidades, demandas e fragilidades identificadas nos estudos selecionados. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

	Potencialidades	Demandas	Fragilidades
Rede de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição da rede articulada (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012) • Viabilização da comunicação (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016) • SARTs (MOYLAN; LINDHORST; TAJIMA, 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Articular setores assistenciais distintos e recursos (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012; CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; ALBUQUERQUE NETTO et al, 2017; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; MENEZES et al, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; CORTES et al, 2015; CORTES; PADOIN, 2016; ARBOIT et al, 2017; GARCÍA- 	<ul style="list-style-type: none"> • Descontinuidade e fragmentação do cuidado (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; CORTES; PADOIN, 2016; LIMA et al, 2013) • Articulação entre os serviços (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012; MENEZES et al, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; CORTES

	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece vínculos e resgata a mulher da vulnerabilidade (ALBUQUERQUE NETTO et al, 2017) 	<p>MORENO et al, 2015; COSTA et al, 2017)</p>	<p>et al, 2015; ARBOIT et al, 2017; GARCÍA-MORENO et al, 2015; LIMA et al, 2013; LIMA; DESLANDES, 2014; LETTIERE; NAKANO, 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revitimização (ARBOIT et al, 2017)
Capacitação e treinamento	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas para capacitação profissional (LIMA; DESLANDES, 2014) • Contribui para o cuidado em saúde e de enfermagem (LETTIERE; NAKANO, 2015) • Melhorias no respeito pelos direitos do paciente, conhecimento, confiança e prática clínica (SMITH et al, 2013; JINA et al, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias que viabilizam interação de saberes e ações no atendimento integral (MENEZES et al, 2014; LETTIERE; NAKANO, 2015) • Reorientação da formação profissional e fomento de um trabalho transformador (LIMA et al, 2013; JINA et al, 2014) • Capacitar para respostas qualificadas no atendimento e na identificação da violência sexual (GARCÍA-MORENO et al, 2015; COSTA et al, 2017; SMITH et al, 2013; JINA et al, 2014; WADSWORTH; VAN ORDER, 2012; HEFFRON et al, 2014; BAPTISTA et al, 2015; REYES et al, 2012; JAKUBEC et al, 2013) • Considerar a formação na graduação (JINA et al, 2014) • Ampliar conhecimentos sobre a notificação compulsória (BAPTISTA et al, 2015; ACOSTA et al, 2017) • Educação permanente para qualificação profissional (ACOSTA et al, 2017) • Programas de treinamento para SANEs em comunidades rurais (ANNAN, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Processos de qualificação e educação permanente incipientes (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; LIMA et al, 2013; BEZERRA et al, 2016; VIEIRA et al, 2016) • Notificação compulsória e desconhecimento da obrigação legal (BAPTISTA et al, 2015; ACOSTA et al, 2017) • Falta de treinamento e capacitação para a assistência integral (BAPTISTA et al, 2015) • Formação profissional nem sempre isenta de julgamentos e preconceito (BEZERRA et al, 2016) • Lacunas no conhecimento das enfermeiras acerca dos aspectos éticos e legais (ACOSTA et al, 2017) • Abordagem na graduação (VIEIRA et al, 2016) • Limitações nas experiências dos SANEs em comunidades rurais (ANNAN, 2014)
Profissional de saúde na rede de atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde auxiliam mulheres pelos cuidados de saúde e por serem articuladores para outros serviços de apoio (COSTA et al, 2017; WADSWORTH; VAN ORDER, 2012) • SANEs e outras enfermeiras: relações 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras: valorizar a comunicação e o papel social na equipe de saúde (CORTES et al, 2015) • Enfermeiras: organizar processos de trabalho e acolher as demandas singulares de cuidado das mulheres (CORTES; PADOIN, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades em trabalhar com casos de agressão sexual em comunidades rurais (ANNAN, 2014) • Insuficiência e inexperiência dos SANEs em áreas rurais (ANNAN, 2014)

	<p>colaborativas e posição importante na conscientização de outros profissionais de saúde (HEFFRON et al, 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importância do papel dos <i>SANEs</i> para comunidades rurais (ANNAN, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento dos <i>SANEs</i> em áreas rurais (ANNAN, 2014) 	
Protocolos	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamento das profissionais (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016) • Informações padronizadas que podem identificar problemas reais ou potenciais de violência (ALBUQUERQUE NETTO et al, 2017) • Qualidade às ações de cuidado e de gestão (VIEIRA et al, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências na prática clínica, disseminar evidências acerca dos direitos e da autonomia das mulheres; concretizar políticas para a integralidade (CORTES et al, 2015) • Garantir condições propícias para abordagem (GARCÍA-MORENO et al, 2015) • Construir condutas assertivas (LETTIERE; NAKANO, 2015) • Construir protocolos compartilhados (VIEIRA et al, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de protocolos para atendimento (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; BAPTISTA et al, 2015; FAÚNDES; OSIS; PÁDUA, 2012) • Uso de protocolos clínicos com enfoque nos danos físicos (LIMA et al, 2013) • Protocolo existente não é compreendido e adotado (VIEIRA et al, 2016)
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado e escuta qualificada (CORTES et al, 2015) • Acolhimento inicial, orientações, encaminhamentos e notificação (ARBOIT et al, 2017) • Lidar com os impactos físico, subjetivo, sexual e afetivo na vida das mulheres violentadas (BAPTISTA et al, 2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento especializado às necessidades da mulher, sem julgamento (ALBUQUERQUE NETTO et al, 2017; CORTES et al, 2015; CORTES; PADOIN, 2016; GARCÍA-MORENO et al, 2015; JAKUBEC et al, 2013; FAÚNDES; OSIS; PÁDUA, 2012; SHAHALI et al, 2016) • Reavivar o movimento feminista brasileiro no direito ao atendimento integral (LIMA; DESLANDES, 2014) • Implementar o acolhimento (CORTES et al, 2015) • Discussões e abordagem interdisciplinares e intersetoriais para aprimorar a prática (LETTIERE; NAKANO, 2015; BAPTISTA et al, 2015) • Desenvolver atenção resolutiva: escuta, acolhimento, comunicação, considerando a subjetividade do outro (CORTES; PADOIN, 2016; ARBOIT et al, 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção fragmentada, baseada no modelo biomédico (CORTES et al, 2015; CORTES; PADOIN, 2016; LIMA et al, 2013; LETTIERE; NAKANO, 2015) • Prática não coerente com os princípios de humanização (LIMA et al, 2013) • Despreparo profissional para reconhecer a violência, acolher e encaminhar a mulher (MENEZES et al, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015) • Manutenção da invisibilidade da violência (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015) • Posturas inadequadas dos profissionais incidindo na culpabilização da mulher (SMITH et al, 2013; SHAHALI et al, 2016; MCMILLAN; WHITE, 2015)

		<ul style="list-style-type: none"> • Construir protocolos (VIEIRA et al, 2016) 	
Trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifica o atendimento (MOYLAN; LINDHORST TAJIMA, 2015; ARBOIT et al, 2017; COSTA et al, 2017) • Ações integradas (VIEIRA et al, 2016) • Colaboração interdisciplinar melhora os resultados da acusação, bem como o apoio às vítimas após o relato (ANNAN, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar espaços interdisciplinares na formação em saúde (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016) • Promover a articulação de distintas óticas disciplinares (COSTA et al, 2017) • Construir boas relações, definir papéis profissionais; visão compartilhada e centrada no atendimento (ZIJLSTRA et al, 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> • Processos de trabalhos ainda centralizados no modelo hierarquizado, com fragmentação da atenção (LETTIERE; NAKANO, 2015)
Apoio dos gestores	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos refletem o planejamento e implementação das políticas, o monitoramento de ações, favorecendo atividades de gerenciamento, articulações de saberes e práticas dos profissionais, efetivando ações intersetoriais (VIEIRA et al, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento de políticas de enfrentamento da violência e recursos para assegurar a sustentabilidade (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; SHAHALI et al, 2016) • Desenvolver, fortalecer planos de ação multissetoriais (GARCÍA-MORENO et al, 2015) • Atenção para o tema, treinamentos, material didático e ações na comunidade (BAPTISTA et al, 2015; ACOSTA et al, 2017) • Comprometimento com o SUS e indicadores de saúde (ACOSTA et al, 2017) • Ouvir os profissionais, orientar diretrizes políticas e ações normativas (VIEIRA et al, 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expansão das redes de atenção e a garantia do acesso aos serviços (LIMA; DESLANDES, 2014) • Tímida aproximação da gestão local às políticas públicas que norteiam a atenção (VIEIRA et al, 2016)
Serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo para sobreviventes decidir se devem denunciar uma agressão sexual à aplicação da lei (HEFFRON et al, 2014) • Sigilo, orientação e privacidade no cuidado de enfermagem (ACOSTA et al, 2017) • Aumento de casos de condenação após a implementação do <i>SANE program</i> (CAMPBELL; PATTERSON; BYBEE, 2012) • <i>SANE</i>: impacto positivo na progressão de casos de 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o acesso, a aceitabilidade e a qualidade dos cuidados, coletando informações de forma segura e confidencial, para receber prioridade nas políticas de saúde, orçamentos e capacitação dos profissionais de saúde (GARCÍA-MORENO et al, 2015) • Ampliação das ações de prevenção e reconhecimento da violência sexual como problema social (LIMA; DESLANDES, 2014) • Padronização do armazenamento e coleta de evidências toxicológicas, acesso a populações marginalizadas (HEFFRON et al, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento dos serviços para encaminhamentos (MENEZES et al, 2014) • Ineficiência da polícia, justiça e de segurança (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015) • Hospitais não tem facilidades para fornecer e manter armazenamento de provas adequadas (HEFFRON et al, 2014) • Discrepância no número de casos registrados pelas instituições legais e de saúde (REYES et al, 2012)

	<p>agressão sexual no sistema de justiça (CAMPBELL et al, 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bom acolhimento nos espaços da saúde (BARROS et al, 2015) 		<ul style="list-style-type: none"> • Inadequada coleta de evidências; falta de enfermeiras forenses e inexperiência de alguns <i>SANEs</i> com exame forense (ANNAN, 2014) • Insatisfação das vítimas com serviços jurídicos e médicos por obstáculos sociais e legais (SHAHALI et al, 2016) • Inadequada infraestrutura física e de recursos humanos para abordagem (BARROS et al, 2015)
Acesso aos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas para acesso aos antirretrovirais, monitoramento de pacientes e realização de exames (LIMA; DESLANDES, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior divulgação dos serviços (MENEZES et al, 2014) • Aproximar os serviços e qualificá-los para prática acolhedora (COSTA et al, 2017) • Formar <i>SARTs</i> em comunidades rurais, treinamento <i>SANE</i> para enfermeiras* em comunidades rurais (ANNAN, 2014) • Expandir os serviços <i>SAE</i> e <i>SART</i> (JURASKA et al, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso aos serviços especializados pela distância e restrito ao transporte, dependência do companheiro, desatenção dos profissionais e desarticulação da rede (COSTA et al, 2017; JAKUBEC et al, 2013; JURASKA et al, 2014) • Descentralização do atendimento de saúde e médico-legais (REYES et al, 2012) • Vítimas percorrem longas distâncias para coleta de evidências por <i>SANEs</i> e cuidados de saúde (ANNAN, 2014)

Legenda: *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) program*: Programa de Enfermeira Examinadora de Agressão Sexual; *Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs)*: Enfermeiras Examinadoras de Agressão Sexual; *Sexual Assault Examiner (SAE)*: Programas de Examinador de Assalto Sexual; *Sexual Assault Response Team (SART)*: Equipe de Resposta a Agressão Sexual. *Enfermeiras: corresponde aos enfermeiros e enfermeiras.

DISCUSSÃO

Nos estudos selecionados, algumas questões sobressaem no atendimento à mulher em situação de violência sexual. A rede de atendimento é uma dessas questões, quando constituída e articulada é uma potencialidade no atendimento (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012; CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; MOYLAN; LINDHORST; TAJIMA, 2015; ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017). Entretanto, grande parte dos estudos sinalizam

fragilidades como ausência da rede e desarticulação, gerando a demanda de construção da rede e articulação dos serviços (23 estudos). Essa lacuna, na articulação dos serviços ou mesmo na falta da rede, implica em consequências como a fragmentação do cuidado (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; CORTES; PADOIN, 2016; LIMA *et al.*, 2013) e a revitimização da mulher (ARBOIT *et al.*, 2017).

O trabalho em equipe (MOYLAN; LINDHORST; TAJIMA, 2015; ARBOIT *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2017; ANNAN, 2014; ZIJLSTRA *et al.*, 2017) é um potencial no atendimento e uma demanda com múltiplos desafios. Requer construir boas relações, definir papéis profissionais, promover a articulação de distintas óticas disciplinares e criar espaços interdisciplinares na formação em saúde (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; COSTA *et al.*, 2017; ZIJLSTRA *et al.*, 2017). Internacionalmente, salienta-se o atendimento em centros, como o *Sexual Assault Centres (SACs)* (ZIJLSTRA *et al.*, 2017) e equipes, como o *Sexual Assault Response Team (SART)* (MOYLAN; LINDHORST; TAJIMA, 2015; ANNAN, 2014; JURASKA *et al.*, 2014). Ambos abrangem colaboração interprofissional e interdisciplinar, qualificando o atendimento. Além dos *SACs* e *SARTs*, os *Sexual Assault Nurse Examiners (SANEs)* constituem um diferencial no atendimento à violência sexual (HEFFRON *et al.*, 2014; CAMPBELL; PATTERSON; BYBEE, 2012; CAMPBELL; PATTERSON; BYBEE, 2012).

Nacionalmente, o trabalho em equipe, como sinaliza um dos estudos, é um instrumento facilitador na solução de situações de violência contra a mulher (ARBOIT *et al.*, 2017). Outro estudo também expressa a valorização do trabalho em equipe, uma vez que o cuidado em saúde demanda ações integradas entre os profissionais, por conta da complexidade das situações de violência (VIEIRA *et al.*, 2016). No entanto, ainda há a necessidade de superação da fragmentação do processo de trabalho e fortalecimento relacional entre os profissionais (ARBOIT *et al.*, 2017; LETTIERE; NAKANO, 2015).

No Brasil, o atendimento às mulheres em situação de violência sexual é baseado na formação de Redes Integradas de Atenção, com orientação para estados e municípios na organização de redes intersetoriais (LIMA; DESLANDES, 2014). Os serviços abrangem, especialmente, as áreas da saúde, da assistência social, da segurança pública e da justiça.

Outra potencialidade é a atuação colaborativa e influente do profissional de saúde na articulação da rede de atendimento (COSTA *et al.*, 2017; WADSWORTH; VAN ORDER, 2012; HEFFRON *et al.*, 2014). A enfermagem, que integra equipes multiprofissionais, é considerada uma categoria profissional que possui papel importante na articulação (COSTA *et al.*, 2017). Enfermeiras precisam utilizar do potencial de comunicação e do papel social na equipe de saúde (CORTES *et al.*, 2015); papel que, em algumas situações, consiste na

organização de processos de trabalho e o acolhimento das necessidades singulares no cuidado das mulheres (CORTES; PADOIN, 2016). Em se tratando de áreas rurais, o papel do profissional *SANE* é fundamental em situações de violência sexual, por isso há a demanda por mais enfermeiros com treinamento em comunidades rurais, o que possibilitaria superar a fragilidade de *SANEs* inexperientes e insuficientes nessas comunidades, podendo evitar deslocamentos das vítimas para outros locais (ANNAN, 2014).

Destaca-se, nos estudos selecionados, que a capacitação e os treinamentos dos profissionais contribuem para o cuidado em saúde e de enfermagem (LETTIERE; NAKANO, 2015), assim como pode melhorar o respeito dos profissionais pelos direitos do paciente, aperfeiçoar o conhecimento, a confiança e a prática clínica (SMITH *et al.*, 2013; JINA *et al.*, 2014). Dentre as demandas referentes à capacitação e aos treinamentos que precisam ser efetivadas (sinalizada em 16 estudos), salienta-se a reorientação da formação profissional, com destaque para a formação na graduação (LIMA *et al.*, 2013; JINA *et al.*, 2014). Para assim obter respostas qualificadas no atendimento e na identificação da violência sexual (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2017; SMITH *et al.*, 2013; JINA *et al.*, 2014; WADSWORTH; VAN ORDER, 2012; HEFFRON *et al.*, 2014; BAPTISTA *et al.*, 2015; REYES *et al.*, 2012; JAKUBEC *et al.*, 2013), possibilitando a integralidade da atenção à mulher (MENEZES *et al.*, 2014; LETTIERE; NAKANO, 2015).

Já a ausência de capacitação e treinamentos constitui fragilidades no atendimento (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; LIMA *et al.*, 2013; BAPTISTA *et al.*, 2015; ACOSTA *et al.*, 2017; BEZERRA *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2016). Em alguns estudos, essas fragilidades advêm de processos de qualificação e educação permanente incipientes (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; LIMA *et al.*, 2013; BEZERRA *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2016); em outro estudo, são lacunas no conhecimento das enfermeiras acerca dos aspectos éticos e legais no processo de cuidar em situações de violência, além do (des)conhecimento relacionado à notificação compulsória da violência doméstica e sexual (ACOSTA *et al.*, 2017). Outro estudo também sinaliza a subnotificação da violência, mostrando a necessidade de treinamento (BAPTISTA *et al.*, 2015).

Apesar da importância da integralidade do atendimento, identificaram-se fragilidades em alguns contextos, como a atenção fragmentada, baseada no saber tradicional (modelo biomédico) (CORTES *et al.*, 2015; CORTES; PADOIN, 2016; LIMA *et al.*, 2013; LETTIERE; NAKANO, 2015); e com posturas inadequadas dos profissionais no atendimento, incidindo na culpabilização da mulher (SMITH *et al.*, 2013; SHAHALI *et al.*, 2016; MCMILLAN; WHITE,

2015). Assim, para efetivar a integralidade, demanda, entre outras ações, a construção de protocolos, o atendimento especializado e voltado às necessidades singulares da mulher, sem julgamentos (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017; CORTES *et al.*, 2015; CORTES; PADOIN, 2016; GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015; JAKUBEC *et al.*, 2013; FAÚNDES; OSIS; PÁDUA, 2012; SHAHALI *et al.*, 2016) e habilidades como escuta, acolhimento, comunicação para lidar com a subjetividade (CORTES *et al.*, 2015; CORTES; PADOIN, 2016; ARBOIT *et al.*, 2017; BAPTISTA *et al.*, 2015).

A adoção de protocolos nos serviços qualifica o atendimento, proporcionando uma atenção apropriada às mulheres em situação de violência sexual (VIEIRA *et al.*, 2016). Protocolos favorecem a padronização das informações, possibilitando a identificação da violência e o empoderamento do profissional (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017). Assegurar melhores condições para a abordagem e condutas mais assertivas, entre outras, são demandas a partir da construção de protocolos (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015; LETTIERE; NAKANO, 2015; VIEIRA *et al.*, 2016) Entretanto, em alguns contextos, é evidenciada a inexistência destes (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; BAPTISTA *et al.*, 2015; FAÚNDES; OSIS; PÁDUA, 2012); quando existentes, no caso de protocolos clínicos, seu uso se restringe a danos físicos (LIMA *et al.*, 2013) e, em outras situações, não são compreendidos ou utilizados (VIEIRA *et al.*, 2016).

Referente aos serviços, verifica-se potencialidades, como o bom acolhimento nos espaços da saúde (BARROS *et al.*, 2015) e bons resultados, como a implementação do *SANE program* (CAMPBELL; PATTERSON; BYBEE, 2012), no entanto fragilidades são identificadas: infraestrutura inadequada, insuficiente quantitativo de recursos humanos, desconhecimento de outros serviços para encaminhamentos, ineficiência e insatisfação com alguns serviços (MENEZES *et al.*, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; HEFFRON *et al.*, 2014; ANNAN, 2014; SHAHALI *et al.*, 2016; BARROS *et al.*, 2015).

Acerca das fragilidades na categoria do acesso aos serviços, a (des)informação e a distância, a (des)atenção dos profissionais e a desarticulação da rede dificultam o acesso da mulher aos serviços especializados, principalmente, em situações de violência no contexto rural (COSTA *et al.*, 2017; REYES *et al.*, 2012; ANNAN, 2014; JURASKA *et al.*, 2014). Diante disso, faz-se necessário maior divulgação dos serviços (MENEZES *et al.*, 2014) que atendem mulheres em situação de violência sexual, maior proximidade e cobertura dos serviços, bem como a articulação da rede.

Finalizando, o apoio dos gestores desponta como uma demanda relevante. É preciso maior atenção para a violência sexual, financiamento de políticas, desenvolver ou fortalecer

planos de ação multissetoriais de enfrentamento à violência contra a mulher, ouvir as categorias profissionais (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; ARBOIT *et al.*, 2017; GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015; BAPTISTA *et al.*, 2015; ACOSTA *et al.*, 2017; VIEIRA *et al.*, 2016; SHAHALI *et al.*, 2016). Também é necessário o maior apoio dos gestores aos profissionais para trabalhar em rede e no estímulo a qualificação através cursos e educação permanente (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; LIMA; DESLANDES, 2014).

Algumas considerações acerca do atendimento a mulheres em situação de violência sexual no contexto urbano e rural: no contexto urbano, constata-se nos estudos a desarticulação entre os serviços (MENEZES *et al.*, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; CORTES *et al.*, 2015; ARBOIT *et al.*, 2017) e a necessidade de capacitação dos profissionais para proporcionar atenção resolutiva e com enfoque na integralidade das ações, superando a fragmentação do cuidado (MENEZES *et al.*, 2014; CORTES *et al.*, 2015; ARBOIT *et al.*, 2017). No contexto rural, além dos aspectos já identificados no urbano, as dificuldades de acesso e de acessibilidade das mulheres rurais ao atendimento se tornam maiores, pela distância, acesso limitado ao transporte, (des)informação, entre outros fatores, salientando que os serviços se situam nas áreas urbanas (COSTA *et al.*, 2017).

O estudo apresenta a limitação da busca em cinco fontes de dados, sendo que há outras bases disponíveis para consulta, implicando a não inclusão de outros estudos acerca do tema.

CONCLUSÃO

A revisão apresenta uma noção do contexto acerca do atendimento à mulher em situação de violência sexual. Nos estudos selecionados, identificamos potencialidades, fragilidades e demandas. Ainda que potencialidades, como melhoramentos do atendimento clínico por meio de protocolos, treinamentos e programas específicos (em alguns locais); existem fragilidades, como serviços inadequados, dificuldades de acesso, despreparo profissional na abordagem, ausência de protocolos, que desafiam a concretização do atendimento integral. Transcender o aspecto clínico, desconstruir a discriminação, o estigma e a culpabilização da mulher ainda são barreiras a serem superadas.

A incipiente e, por vezes, inexistente articulação da rede de atendimento intersetorial suscita a demanda da construção, articulação e sustentabilidade. Capacitação e treinamento dos profissionais é outra necessidade que fortalece o atendimento, bem como o apoio dos gestores na efetivação de políticas públicas. Assim, coletividade, comprometimento, equipe qualificada,

protocolos e articulação dos serviços intersetoriais podem possibilitar a qualidade e a integralidade da atenção.

Embora realizada uma análise que possibilitou a contextualização da temática, a classificação da força de evidências dos estudos, constatou a inexistência de nível de evidência: N1, N2 e N3 nos estudos analisados. A partir disso, infere-se que há uma lacuna de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados, de ensaios clínicos randomizados controlados e de ensaios clínicos sem randomização sobre a temática do atendimento a mulheres em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional em saúde.

A contribuição dessa revisão para a saúde, a enfermagem e a equipe multiprofissional é a reflexão acerca de elementos que são fundamentais na concretização da eficácia do atendimento e a serem considerados para aprimorar as políticas públicas à mulher em situação de violência sexual.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto Contexto Enferm**, v. 26 n. 3, e6770015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>. Acesso em: 27 set. 2017.

ALBUQUERQUE NETTO, L. *et al.* As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, e07120015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017007120015>. Acesso em: 27 set. 2017.

ANNAN, S.L. 'We desperately need some help here' – The experience of legal experts with sexual assault and evidence collection in rural communities. **Rural Remote Health**, v. 14, n. 4, 2659, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25347043>. Acesso em: 27 set. 2017.

ARBOIT, J. *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03207, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016013603207>. Acesso em: 27 set. 2017.

BAPTISTA, R.S. *et al.* Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Rev Rene**, v. 16, n. 2, 2015. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12654/1/2015_art_rsbaptista.pdf. Acesso em: 27 set. 2017.

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://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000020000>. Acesso em: 27 set. 2017.

BEZERRA, J.F. *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 29, n. 1, p. 51-59, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4186/pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

BRASIL. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

CAMPBELL, R. *et al.* The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner Programs on Criminal Justice Case Outcomes: A Multisite Replication Study. **Violence Against Women**, v. 20, n. 5, p. 607-25, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801214536286>. Acesso em: 27 set. 2017.

CAMPBELL, R.; PATTERSON, D.; BYBEE, D. Prosecution of Adult Sexual Assault Cases: A Longitudinal Analysis of the Impact of a Sexual Assault Nurse Examiner Program. **Violence Against Women**, v. 18, n. 2, p. 223-44, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212440158>. Acesso em: 27 set. 2017.

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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>. Acesso em: 27 set. 2017.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160083, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160083>. Acesso em: 27 set. 2017.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; KINALSKI, D.D.F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Rev. Gaúcha Enferm**,

v. 37, n. esp, e2016-0056, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>. Acesso em: 27 set. 2017.

COSTA, M.C. *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, e59553, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>. Acesso em: 27 set. 2017.

DELZIOVO, C.R. *et al.* Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina - Brazil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1687-96, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>. Acesso em: 12 jan. 2019.

DELZIOVO, C.R. *et al.* Characteristics of sexual violence against adolescent and adult women reported by the public health services in Santa Catarina State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00002716>. Acesso em: 12 jan. 2019.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev Med**, v. 92, n. 2, p. 134-40, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. Acesso em: 27 set. 2017.

FAÚNDES, A.; OSIS, M.J.D.; PÁDUA, K.S. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, v. 40, n. 6, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/trabalho_publicado/Maria%20Jose%200Martins%20Duarte%20Osis.pdf. Acesso em: 27 set. 2017.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n. 1, 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>. Acesso em: 16 abr. 2018.

GARCÍA-MORENO, C. *et al.* The health-systems response to violence against women. **Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1567-79, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7). Acesso em: 27 set. 2017.

HEFFRON, L.C. *et al.* Original research: Giving sexual assault survivors time to decide: an exploration of the use and effects of the nonreport option. **American Journal of Nursing**, v. 114, n.3, p. 26-35, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444489.49091.10>. Acesso em: 27 set. 2017.

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: 12 jan. 2019.

JAKUBEC, S.L. *et al.* Identificación de las fortalezas, preocupaciones y necesidades educativas del Servicio Rural de Agresión sexual en las comunidades rurales y aborígenes de Alberta (Canadá). **Enfermería Global**, v. 12, n. 3, p. 409-26, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.3.174751>. Acesso em: 27 set. 2017.

JINA, R. *et al.* A cross-sectional study on the effect of post-rape training on knowledge and confidence of health professionals in South Africa. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 126, n. 2, p. 187-92, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.011>. Acesso em: 27 set. 2017.

JURASKA, A. *et al.* Sexual Assault Services Coverage on Native American Land. **J Forensic Nurs**, v. 10, n. 2, p. 92-7, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.000000000000025>. Acesso em: 27 set. 2017.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf**, v. 17, n. 4, p. 01-08, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>. Acesso em: 27 set. 2017.

LIMA, C.A.; DESLANDES, S.F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde Soc**, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300005>. Acesso em: 27 set. 2017.

LIMA, H.S. *et al.* Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Rev. Enferm UFPE on line**, v. 7, n. 12, p. 6964-72, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12365>. Acesso em: 27 set. 2017.

LINO, M.M. *et al.* Aspectos epistemológicos de la nueva investigación em Enfermería: colaborativa, transdisciplinaria y translacional. **Index Enferm**, v. 26, n. 1-2, p. 118-122, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100027. Acesso em: 27 set. 2018.

MAFIOLETTI, T.M. *et al.* Violence against women: historical trajectory of a care program (Curitiba - 1997-2014). **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 6, p. 3081-9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0583>. Acesso em: 09 abr. 2019.

MCMILLAN, L.; WHITE, D. “Silly Girls” and “Nice Young Lads”: Vilification and Vindication in the Perceptions of Medico-Legal Practitioners in Rape Cases. **Feminist Criminology**, v. 10, n. 3, p. 279-98, 2015. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557085115578163>. Acesso em: 27 set. 2017.

MENEZES, P.R.M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc**, v. 23, n. 3, p. 778-86, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>. Acesso em: 27 set. 2017.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011.

MOYLAN, C.A.; LINDHORST, T.; TAJIMA, E.A. Sexual Assault Response Teams (SARTs): Mapping a Research Agenda That Incorporates an Organizational Perspective. **Violence Against Women**, v. 21, n. 4, p. 516-34, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801215569607>. Acesso em: 27 set. 2017.

- 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. 351-58, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>. Acesso em: 27 set. 2017.
- PERSSON, S.; DHINGRA, K.; GROGAN, S. Attributions of victim blame in stranger and acquaintance rape: A quantitative study. **J Clin Nurs**, v. 27, n. 13-14, p. 2640-49, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14351>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- REYES, H.L.M. *et al.* An assessment of health sector guidelines and services for treatment of sexual violence in El Salvador, Guatemala, Honduras and Nicaragua. **Reprod Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 83-93, 2012. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40656-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40656-5). Acesso em: 27 set. 2017.
- SHAHALI, S. *et al.* Barriers to Healthcare Provision for Victims of Sexual Assault: A Grounded Theory Study. **Iran Red Crescent Med**, v. 18, n. 3, e21938, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5812/ircmj.21938>. Acesso em: 27 set. 2017.
- 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. 249-58, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf. Acesso em: 27 set. 2017.
- SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Epidemiological characteristics of violence against women in the Federal District, Brazil, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 331-42, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200012>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- SMITH, J.R. *et al.* Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. **Confl Health**, v. 7, n. 14, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1505-7-14>. Acesso em: 27 set. 2017.
- TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Non-adherence to outpatient follow-up by women who experienced sexual violence. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, p. 02-09, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>. Acesso em: 16 abr. 2018.
- VIEIRA, L.J.E.S. *et al.* Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3957-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>. Acesso em: 27 set. 2017.
- ZIJLSTRA, E. *et al.* Challenges in interprofessional collaboration: experiences of care providers and policymakers in a newly set-up Dutch assault centre. **Scand J Caring Sci**, v. 32, n. 1, p. 138-46, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12439>. Acesso em: 27 set. 2017.

WADSWORTH P.; VAN ORDER P. Care of the Sexually Assaulted Woman. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 8, n. 6, p. 433-40, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2011.10.007>. Acesso em: 27 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers**. World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>. Acesso em: 07 abr. 2018.

5.3 MANUSCRITO 3 - MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA POSSIBILIDADE PARA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Daiane Trentin
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

RESUMO

Objetivo: mapear os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual em um município na região norte do Rio Grande do Sul. **Método:** estudo descritivo com mapeamento e georreferenciamento dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município em estudo. A coleta (levantamento das informações) ocorreu no período de janeiro a março de 2019, foi realizada a tabulação dos dados, o georreferenciamento e a geração dos mapas a partir dos dados obtidos. Para o georreferenciamento e produção dos mapas, utilizou-se o programa *Software ArcGIS® 10.1*. **Resultados:** foram gerados cinco mapas: Mapa 1 apresenta a localização geográfica do município de Passo Fundo. Os Mapas 2 e 3 sinalizam a existência de serviços de referência no município, concentrados em área urbana. No Mapa 4, demonstra-se as unidades de saúde pública que podem colaborar nos encaminhamentos de referência e contrarreferência em situações de violência sexual; e no Mapa 5, a distribuição da localização dos locais de dispensação da Profilaxia Pós-Exposição. **Considerações finais:** por meio do georreferenciamento e produção dos mapas obteve-se a identificação dos espaços existentes no território, podendo projetar possibilidades de fluxo e por consequência melhorar a articulação entre os serviços.

Descritores: Violência Contra a Mulher; Delitos Sexuais; Colaboração Intersetorial.

ABSTRACT

Objective: to map the services of assistance to women in situations of sexual violence, in a municipality in the northern region of Rio Grande do Sul. **Method:** descriptive study with mapping and georeferencing of services of assistance to women in situations of sexual violence in the municipality under study. The collection (survey of information) occurred from January to March 2019, tabulation of data, georeferencing and generation of maps from the data obtained was performed. For the georeferencing and production of the maps, the software *ArcGIS® 10.1* was used. **Results:** five maps were generated: Map 1 shows the geographical location of the municipality of Passo Fundo. Maps 2 and 3 signal the existence of reference services in the municipality, concentrated in an urban area. Map 4 shows the public health units that can collaborate in referral and counter-referrals in situations of sexual violence; and on Map 5, the distribution of the location of the post-exposure prophylaxis dispensing sites. **Final considerations:** through the georeferencing and production of maps, it was possible to

identify the existing spaces in the territory, being able to project flow possibilities and, consequently, improve the articulation between services.

Keywords: *Violence Against Women; Sex Offenses; Intersectoral Collaboration.*

INTRODUÇÃO

A temática da violência permanece dentre os temas importantes abordados e tratados mundialmente. Está nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), particularmente no objetivo ODS 5.2: "Eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas nas esferas pública e privada, incluindo tráfico e exploração sexual e outros tipos de exploração sexual" (WHO, 2019, p. 1).

Acerca da violência sexual, um desafio permanente é o atendimento em situações de violência sexual, especialmente no que se refere à articulação da rede. Resultados de estudos apontam que há fragilidades na integração intersetorial dos serviços para atender pessoas que sofreram violência sexual (BANDEWAR; PITRE; LINGAM, 2018; SEHNEM *et al.*, 2019). Nesse sentido de possibilidades de articulação, o georreferenciamento na área da saúde pública é um instrumento tecnológico que tem auxiliado no planejamento, na gestão, vigilância e análise de dados socioespaciais, constituindo uma análise situacional de saúde (BRASIL, 2016; IBIAPINA; BERNARDES, 2019). O mapeamento, que é um processo de construção de mapas, com auxílio do georreferenciamento, vem sendo desenvolvido em várias dimensões na área da saúde (IBIAPINA; BERNARDES, 2019).

Na esfera nacional, pode-se citar, entre outros, um estudo acerca da organização da Atenção à Saúde Mental, suas dificuldades e potencialidades, propondo como método de pesquisa o mapeamento (MÄDER; HOLANDA; COSTA, 2019); e outro estudo que identificou geograficamente beneficiários categorizados como propensos a Diabetes Mellitus tipo 2, utilizando no método o instrumento de georreferenciamento para implantação e apresentação das informações (DALLAGASSA *et al.*, 2019). Em âmbito internacional também se encontram estudos com o uso dessa tecnologia, com vista ao planejamento em saúde, assim como rastreamento de doenças (RAMASCO-GUTIÉRREZ, 2017; MLACHA *et al.*, 2017).

No que tange à violência sexual contra a mulher, especialmente, o atendimento intersetorial, conhecer os serviços que compõem uma rede de atendimento e identificar sua respectiva localização pode facilitar e melhorar a qualidade da atenção em situações de violência sexual. Isto é, o manejo das situações de violência sexual tem suas peculiaridades, requerendo agilidade, conhecimento e encaminhamentos adequados (WHO, 2017; BRASIL, 2012; FLORIANÓPOLIS, 2016).

A intersetorialidade compreende a articulação entre pessoas de diferentes setores saberes e poderes no enfrentamento de problemas complexos (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014). Na área da saúde, pode ser considerada como uma forma de superar a fragmentação do conhecimento, de políticas e estruturas sociais em prol da saúde da população. A atuação intersetorial envolve a população e o espaço geográfico, possibilitando identificar problemas e soluções. Assim, a intersetorialidade constitui uma forma de planejar, executar e controlar a prestação de serviços de modo a assegurar acesso igualitário e equitativo às pessoas (JUNQUEIRA, 1997; JUNQUEIRA, 2000; WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

Salienta-se que, em situações de violência sexual, é importante ter presente o atendimento nas primeiras 72 horas. Isso por conta do tratamento profilático de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente, pelo início da terapia antirretroviral ocorrer nesse período como recomendam documentos (BRASIL, 2012; FLORIANÓPOLIS, 2016; WHO, 2019). Nesse período, também, é que o uso da anticoncepção de emergência tem maior eficácia na prevenção da gravidez, como demonstrou um estudo realizado em Santa Catarina (DELZIOVO *et al.*, 2018).

A rede articulada favorece a integração intersetorial de serviços (WHO, 2017); logo, mapear e georreferenciar os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual constituem uma possibilidade de articular a rede e assegurar a integralidade no atendimento. Assim, justifica-se a importância desse estudo, que tem a propositiva de olhar o atendimento à mulher em situação de violência sexual na perspectiva geográfica/geoespacial como um caminho para articulação e integração dos serviços. Desse modo, o objetivo é: mapear os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual em um município na região norte do Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com mapeamento e georreferenciamento dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município em estudo.

Durante o percurso do mapeamento dos serviços de atendimento, surgiu a necessidade de mapear e georreferenciar os locais de distribuição da Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Assim, foi solicitado ao setor de IST/HIV da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) informações sobre a organização da PEP no município em estudo e região, sendo fornecida pela coordenação do setor referido uma lista com os locais de distribuição.

Cenário do estudo

O local do estudo foi um município localizado na região norte do RS, sendo mapeados os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual e os locais de distribuição da PEP na região da 6ª CRS. O município tem cerca de 200 mil habitantes e é a 6ª economia do RS, denominado como capital do Planalto Médio Gaúcho (PPF, 2019a).

O sistema de saúde do município abrange uma macrorregião de municípios dos estados do RS, Santa Catarina e Paraná, bem como de regiões do Sudeste e do Centro-Oeste do país. O município dispõe de hospitais e centros médicos, ambulatorios de atendimento básico e especializado, clínicas, consultórios médicos e odontológicos, laboratórios e farmácias. O sistema hospitalar é de alta complexidade, abrangendo internações, diagnósticos, tratamentos oncológicos e cardioneurovasculares, transplantes e banco de tecidos (PPF, 2019a).

Na área da saúde pública, a secretaria de saúde é organizada em 5 coordenadorias, desenvolvendo ações de prevenção e atendimento à população (PPF, 2019b). No território gaúcho, a saúde organiza-se política-administrativamente em 19 CRS. As CRS são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em um território. O RS possui 30 Regiões de Saúde, agrupadas em 7 Macrorregiões de Saúde (SES, 2016). A 6ª CRS, da qual o município do estudo faz parte, abrange 62 municípios em três regiões: região do planalto; região das araucárias e região do botucaraí (SES, 2016; SES, 2019c).

Com relação ao atendimento às IST/HIV/Aids no RS, serviços como Atenção Básica, Serviços de Atendimento Especializado (SAE), Ambulatorios, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), fazem parte da Rede de atendimento IST/HIV/Aids (SES, 2019 b). Na 6ª CRS, em situações de violência sexual, a PEP é disponibilizada nos hospitais, SAEs/ UDMs.

Coleta e análise dos dados

Foram identificados por meio do levantamento das informações, na coleta de dados, os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual existentes no município e realizado o georreferenciamento: 2 hospitais; serviços da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo: SAE; Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Unidades de Saúde, CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial Nosso Espaço, CAPS AD Vida Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Além da área da saúde: o Departamento Médico Legal (DML), a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), o Ministério Público, serviços da Secretaria

de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS): Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) e a Unidade de acolhimento para mulheres em situação de violência-Maria da Penha; a Universidade de Passo Fundo (UPF): Projeto de extensão - Clínica de estudos, prevenção, intervenção e acompanhamento à violência (Cepavi) e o Programa de extensão – Programa Projur Mulher e Diversidade. Também se destaca o Conselho Municipal: Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM) que abrange a Coordenadoria Municipal da Mulher.

Os dados, levantamento das informações para o mapeamento, foram obtidos por meio de reunião com a coordenadora das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) da 6ª CRS, utilizando uma lista dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual e pesquisa *online* no site da prefeitura do município.

Para o georreferenciamento dos serviços quanto à distribuição espacial, foi utilizado o *Software ArcGIS® 10.1*; um Sistema de Informações Geográficas (SIGs) usado para capturar, armazenar, gerenciar, analisar e apresentar informações geográficas (BRASIL, 2006). O georreferenciamento envolve tecnologia de informática, banco de dados e cartografia digital, que pode ser aplicado para planejamento e monitoramento na área da saúde (ROSS; PEDROSA; PORTELA, 2017). E o mapeamento compreende um processo de construção de mapas em que são empregadas técnicas de topografia, geoprocessamento, SIGs, códigos e signos para a descrição objetiva da realidade (IBIAPINA; BERNARDES, 2019).

Após a coleta (levantamento das informações), que ocorreu no período de janeiro a março de 2019, foi realizada a tabulação dos dados, o georreferenciamento e a geração dos mapas a partir dos dados obtidos.

Na tabulação dos dados, houve a elaboração de quadros no *Microsoft Word®* para organizar esses dados, relacionando os locais de atendimento aos respectivos endereços. Para o georreferenciamento e produção dos mapas, utilizou-se o programa *Software ArcGIS® 10.1*. Os dados geoespaciais (*Shapefile*) do município foram apresentados por pontos que indicam a localização dos serviços. Esta fase de georreferenciamento e produção dos mapas foi realizada com auxílio de profissional técnico em geoprocessamento.

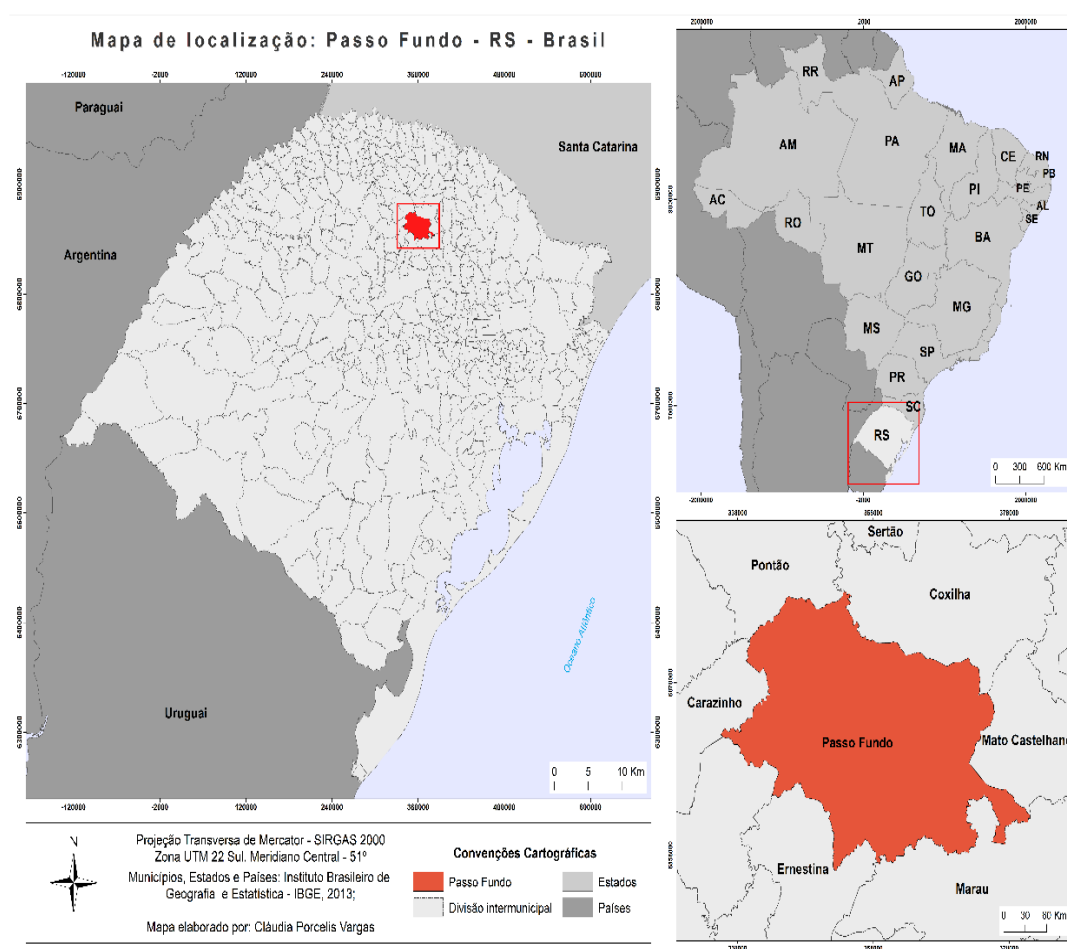
O projeto foi aprovado pelo CEPESH/UFSC, sob o número do parecer: 3.057.595 em 05 de Dezembro de 2018.

RESULTADOS

A partir das informações obtidas foram gerados quatro mapas (figuras) e uma mapa da localização geográfica do município de Passo Fundo/RS (Mapa 1). Mapa 2 (distribuição da localização dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual, no município); Mapa 3 (distribuição dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência (72 horas), no município); Mapa 4 (distribuição da localização das Unidades de Saúde, no município) e o Mapa 5 (distribuição da localização dos locais de dispensação da PEP, na 6ª CRS).

Os resultados do georreferenciamento e a produção dos mapas são apresentados a seguir.

Figura 1 - Localização geográfica do município de Passo Fundo/RS, 2019.

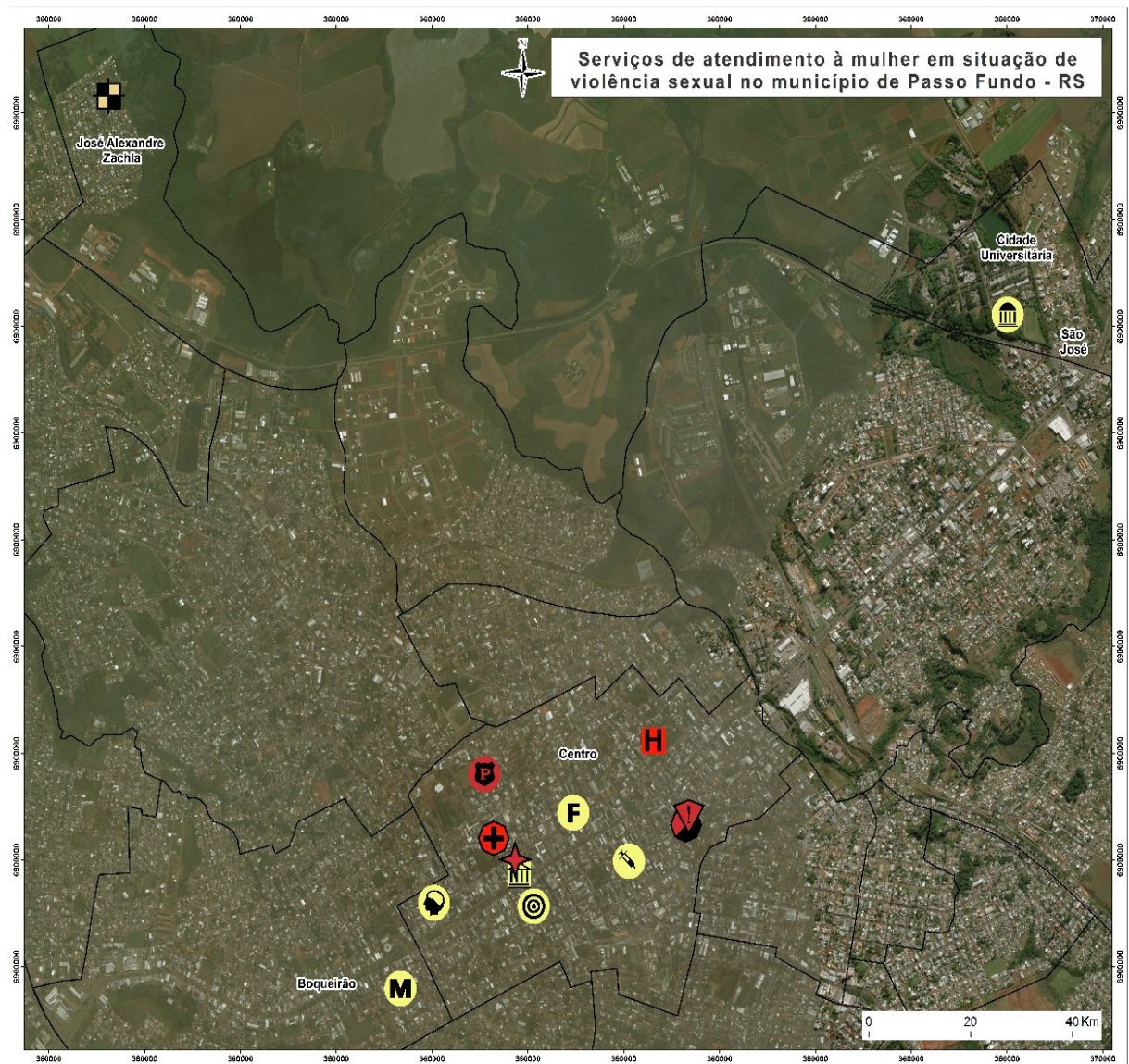


Fonte: dados da pesquisa (2019)

Salienta-se que os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município foram organizados em: serviços nas primeiras 72 horas e serviços após 72 horas da

ocorrência da violência sexual. Ressalta-se também que a unidade de acolhimento para mulheres em situação de violência - Maria da Penha, não está georreferenciada por questões de sigilo, desse modo não é apresentada no mapa, mas faz parte dos serviços de atendimento do município.

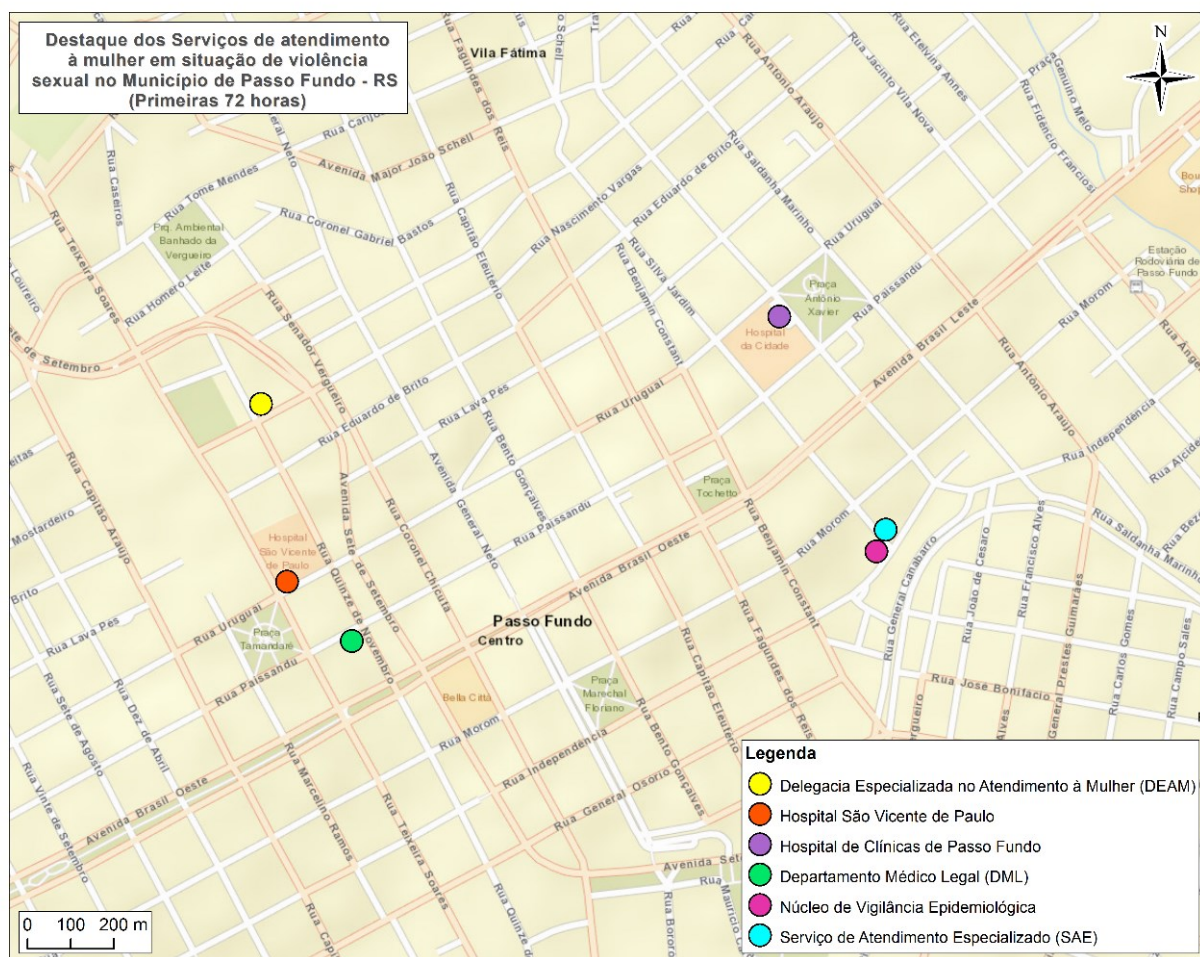
Figura 2 - Distribuição da localização dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual, no município de Passo Fundo/RS, 2019.



Legenda	
Serviços primeiras 72 horas	Serviços após 72 horas
 Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM)	 CAPS AD Vida - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
 Hospital São Vicente de Paulo	 CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial Nosso Espaço
 Hospital de Clínicas de Passo Fundo	 COMDIM - Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
 Departamento Médico Legal (DML)	 Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS)
 Núcleo de Vigilância Epidemiológica	 Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM)
 Serviço de Atendimento Especializado (SAE)	 Ministério Público de Passo Fundo
	 Universidade de Passo Fundo - Campus III - PROJUR Mulher
	 Universidade de Passo Fundo - Campus I - CEPAVI

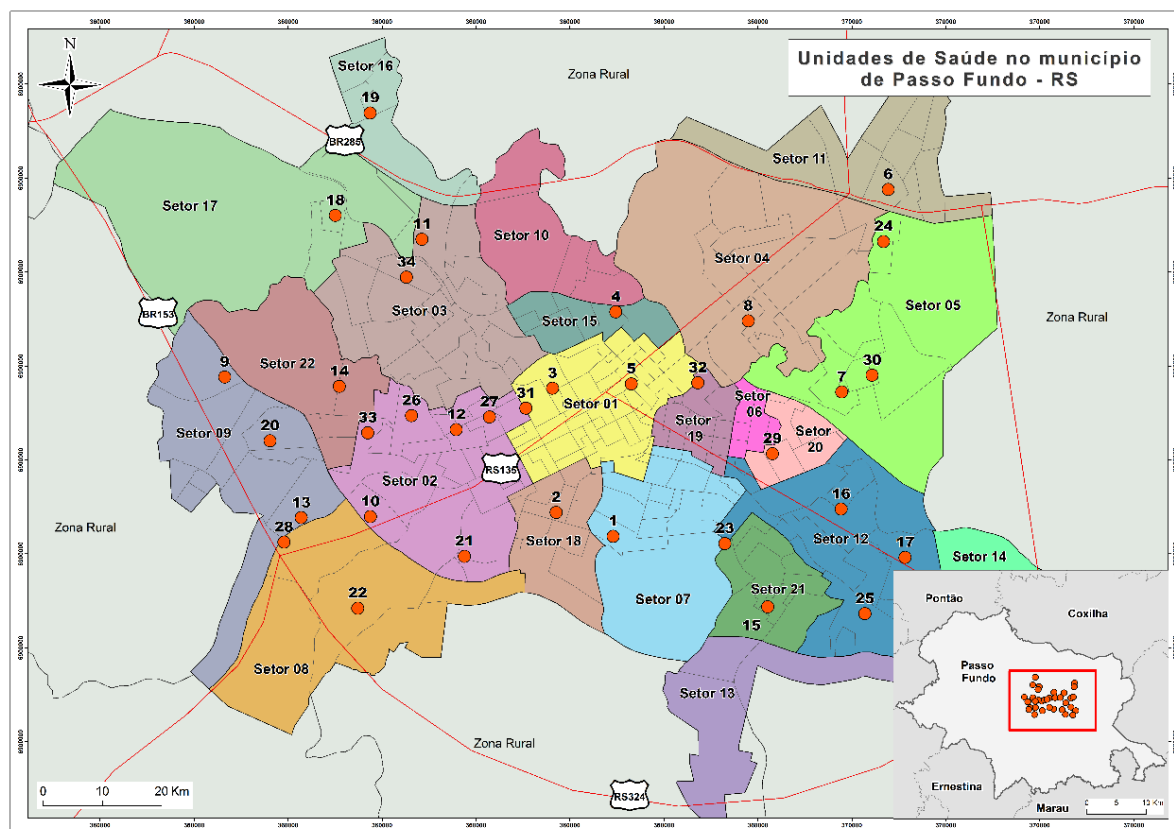
Fonte: dados da pesquisa (2019)

Figura 3 - Distribuição dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência (72 horas), no município de Passo Fundo /RS, 2019.



Fonte: dados da pesquisa (2019)

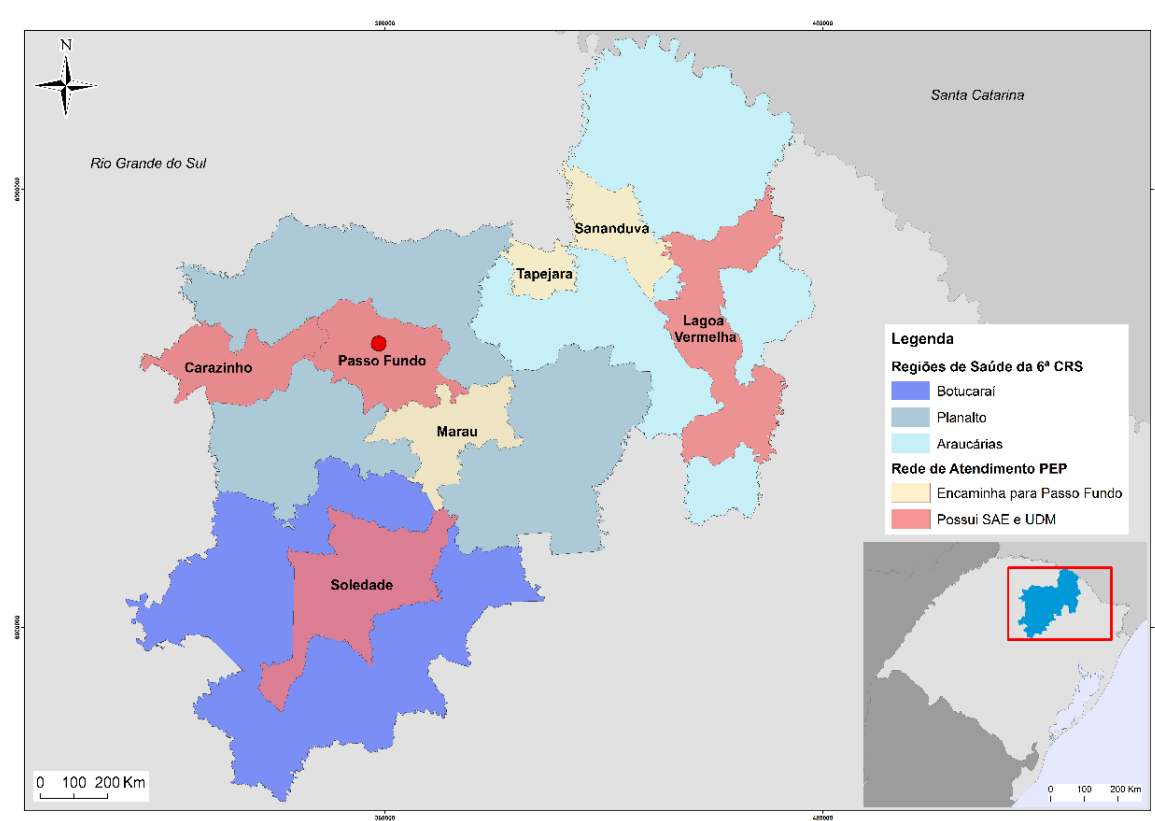
Figura 4 - Distribuição da localização das Unidades de Saúde, no município de Passo Fundo/RS, 2019.



Unidades de Saúde	
● 1 - Amb. Annes	● 18 - ESF Nenê Graeff
● 2 - Amb. Entre Rios	● 19 - ESF Operária
● 3 - Amb. Especialidades	● 20 - ESF Planaltina
● 4 - Amb. Ipiranga	● 21 - ESF Ricci
● 5 - Amb. Léllis Mader	● 22 - ESF São Cristovão
● 6 - Amb. São José	● 23 - ESF Valinhos
● 7 - Amb. São Luis Gonzaga	● 24 - UBS Donária / Santa Marta
● 8 - CAIS Boqueirão	● 25 - UBS Independente
● 9 - CAIS Hípica	● 26 - UBS Ivo Ferreira
● 10 - CAIS Luiza	● 27 - UBS Menino Deus
● 11 - CAIS São Cristóvão	● 28 - UBS Nossa Senhora de Aparecida
● 12 - CAPS I	● 29 - UBS Nonoai
● 13 - Centro de R. Saúde Mulher	● 30 - UBS Parque Farroupilha
● 14 - ESF 1º Centenário	● 31 - UBS Prisional
● 15 - ESF Adolfo Groth	● 32 - UBS Santo Antônio da Pedreira
● 16 - ESF CAIC	● 33 - UBS Vila Nova
● 17 - ESF Jerônimo Coelho	● 34 - UBS Zácchia

Fonte: dados da pesquisa (2019)

Figura 5 - Distribuição da localização dos locais de dispensação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), na 6ª CRS de Passo Fundo/RS, 2019.



Fonte: dados da pesquisa (2019)

DISCUSSÃO

O Mapa 1 apresenta a localização geográfica do município em que foi realizado o presente estudo. Município esse localizado na região norte do estado, com uma estrutura na área da saúde que pode atender suas demandas e também de outras regiões (PPF, 2019a). A área de abrangência em atendimentos na saúde ultrapassa dois milhões de pessoas (HSVP, 2019).

A produção do Mapa 2 engloba a distribuição da localização dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município, com os locais de atendimento de serviços recomendados nas primeiras 72 horas e serviços após este período. Já no Mapa 3 é apresentada a distribuição dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual nas primeiras 72 horas. Esta forma de apresentação dos serviços foi adaptada de documentos que norteiam a organização do atendimento à mulher em situação de violência sexual (BRASIL, 2012; FLORIANÓPOLIS, 2016).

Conhecer os serviços que precisam ser acionados nas primeiras 72 horas após a violência sexual é fundamental, pois alguns procedimentos estão dentro desse prazo, como, por exemplo, o início do tratamento com os antirretrovirais (WHO, 2019). Nesse período, as condutas têm maior impacto na diminuição de risco de gravidez, em que a administração da contracepção de emergência em até 72 horas evidenciou ser o maior fator de proteção (84%) para a gravidez (DELZIOVO *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2019).

O desafio de articular os serviços descritos na figura 3 (distribuição dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual nas primeiras 72 horas), partindo para uma ampliação de articulação com os demais serviços elencados na figura 2, são esforços constantes, pois fragilidades na integração da rede de enfrentamento da violência sexual contra a mulher, como a precária estrutura física dos serviços, favorece a revitimização e fragilizam a assistência prestada à mulher (SILVA *et al.*, 2019). Logo, o mapeamento na área da saúde pode colaborar na visualização da localização dos serviços, podendo auxiliar o profissional em encaminhamentos assertivos e o manejo adequado de cada situação conforme suas particularidades.

Os desafios da integração da resposta à violência sexual são sinalizados também em âmbito internacional, como mostra um estudo realizado na Índia que analisou a resposta multissetorial em casos de estupros. Aponta lacunas na implementação de políticas e reformas, evidenciando o quanto ainda precisa ser trabalhado para melhorar a resposta nas situações de violência sexual. Este fato destaca ainda mais a importância da intersetorialidade cuja implementação ainda é desafiadora (BANDEWAR; PITRE; LINGAM, 2018).

Assim, para além da disponibilização dos serviços é necessária a articulação entre eles, favorecendo a qualificação no atendimento. A relação articulação e qualidade, como possibilidade de assegurar a integralidade no atendimento, é sinalizada em estudos que preconizam ações intersetoriais e articuladas (MAFIOLETTI *et al.*, 2018; TRENTIN *et al.*, 2019). Neste sentido, resultado de um estudo internacional salienta que a capacitação, no sentido de integrar a avaliação em saúde, pode atender às necessidades de saúde das mulheres, assim como a utilização de protocolos e as parcerias sustentam colaborações intersetoriais (GMELIN *et al.*, 2018).

Para tanto, a produção dos Mapas 2 e 3 apresentam os serviços que podem, por meio do planejamento de ações e estratégias, melhorar a articulação. Os estudos que adotam o mapeamento, com o uso de recursos como o georreferenciamento para planejar ações, identificar e rastrear doenças entre outros, têm se destacado na área da saúde no Brasil (ROSS; PEDROSA; PORTELA, 2017; CARVALHO; MAGALHÃES; MEDRONHO, 2017;

DALLAGASSA *et al.*, 2019). Na Espanha, identificou-se um estudo em que a Direção Geral de Saúde Pública desenvolveu mapas de vulnerabilidade em saúde para o planejamento, prioridades e intervenção de equipes de saúde (RAMASCO-GUTIÉRREZ, 2017). E na Tanzânia, SIGs foram usados para identificar a distribuição espacial de taxas da infecção por malária (MLACHA *et al.*, 2017).

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e especializados, que são parte também dos serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual, como porta de entrada ou contrarreferência no seguimento do acompanhamento após o atendimento de emergência, são apresentados no Mapa 4, como Unidades de Saúde. Observa-se que a localização dessas unidades no município concentra-se no território urbano.

Os poucos serviços na área rural é uma realidade presente em outros cenários; mostrando algumas dificuldades de acesso aos serviços por pessoas em situação de violência, justamente pela escassez e a acessibilidade geográfica às ações nas áreas rurais (COSTA *et al.*, 2017). Ainda que disponíveis a articulação entre os serviços e a integração da rede de atendimento é uma necessidade constatada em estudos na APS (ARBOIT *et al.*, 2017; SEHNEM *et al.*, 2019); assim como o uso de protocolos e a capacitação dos profissionais (TRIGUEIRO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2019).

O Mapa 5 tem a particularidade de apresentar um serviço de abrangência regional. É a distribuição dos locais de dispensação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), na 6ª CRS de Passo Fundo/RS. Conhecer os locais de distribuição da PEP em âmbito municipal e regional, subsidia o profissional, especialmente aqueles que atuam em serviços que atendem além de mulheres do município, mulheres da região, a contrarreferência para a continuidade do tratamento com os antirretrovirais. O acompanhamento após o atendimento de urgência se faz necessário, mas há algumas dificuldades como a adesão e seguimento pós-exposição à violência sexual (TRIGUEIRO *et al.*, 2018; DELZIOVO *et al.*, 2018; SOUSA *et al.*, 2019).

Ressalta-se, ainda, que o município dispõe de serviços preconizados na Rede de Atendimento (BRASIL, 2011). No entanto, a interrupção da gestação é referenciado para outros municípios, com locais de referências hospitalares para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no RS (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mapear os serviços de atendimento à mulher em situação de violência sexual possibilitou olhar o espaço de atuação profissional e o atendimento à mulher na perspectiva

geográfica/geoespacial. Além disso, por meio do georreferenciamento e produção dos mapas, obter uma noção dos espaços existentes no território, podendo projetar possibilidades de fluxo e por consequência contribuir para melhorar a articulação entre os serviços.

Os Mapas 2 e 3 sinalizam a existência de serviços de referência no município, concentrados em área urbana. O Mapa 4 mostra as unidades de saúde pública que podem colaborar nos encaminhamentos de referência e contrarreferência que envolvem o atendimento das mulheres em situações de violência sexual.

O mapeamento dos locais de distribuição da PEP na região indica que, para além da articulação intersetorial entre os serviços do município, é necessária uma articulação regional. Esta particularidade advém de serviços localizados no município constituírem também em serviços de referência regional, demandando desse modo um conhecimento dos profissionais de serviços municipais e regionais, especialmente no que diz respeito à PEP.

As limitações do estudo constituem no uso de uma lista de serviços como fonte de dados, assim como a busca *online* no município, podendo existir outros que não foram identificados. Os resultados do estudo poderão subsidiar o planejamento da implantação da intersetorialidade dos serviços no município em estudo. Além disso, poderá contribuir ao profissional a identificação dos serviços existentes e sua respectiva localização, agilizando encaminhamentos adequados, evitando a revitimização da mulher.

REFERÊNCIAS

ARBOIT, J. *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, n. 51, e03207, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016013603207>. Acesso em: 09 fev. 2020.

BANDEWAR, S.V.S; PITRE, A; LINGAM, L. Five years post Nirbhaya: Critical insights into the status of response to sexual assault. **J J Indian Ethics**, v. 3, n. 3, p. 215-221, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20529 / IJME.2018.025>. Acesso em: 02 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 09 fev. 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. e ampl., 1. Brasília, 2012, p.124. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 29 mar. 2018.

CARVALHO, S.; MAGALHÃES, M.A.F.M.; MEDRONHO, R.A. Análise da distribuição espacial de casos da dengue no município do Rio de Janeiro, 2011 e 2012. **Rev Saude Publica**, n. 51, v. 79, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006239>. Acesso em: 09 fev. 2020.

COSTA, M.C. *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, n. 38, v. 2, e59553, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>. Acesso em: 02 fev. 2020.

COSTA, M.C. *et al.* Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, n. 9271, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.9271>. Acesso em: 09 fev. 2020.

DALLAGASSA, M.R. *et al.* Concepção de um modelo geoespacial aplicado na gestão à saúde. **Rev Bras Enferm**, n. 72, v. 2, p. 420-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0589>. Acesso em: 09 fev. 2020.

DELZIOVO, C.R. *et al.* Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1687-96, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>. Acesso em: 27 jan. 2020.

FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. 3. ed. Florianópolis, 2016. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/23_11_2016_13.37.46.7269a6ba1a24ac3c38cfl1b11a9cceb7.pdf. Acesso em: 29 mar. 2018.

GMELIN, T. *et al.* Integrating Reproductive Health Services Into Intimate Partner and Sexual Violence Victim Service Programs. **Violência contra as mulheres**, v. 24, n. 13, p. 1557-69. Disponível em: <http://doi:10.1177/1077801217741992>. Acesso em: 02 fev. 2020.

SILVA, J.G. *et al.* Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? **Saúde Soc. São Paulo**, v. 28, n. 2, p.187-200, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019180309>. Acesso em: 02 fev. 2020.

IBIAPINA, E.; BERNARDES, A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 28, n. 1, p. 322-336, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019170982>. Acesso em: 16 jul. 2018.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde soc.** São Paulo, v. 6, n. 2, Aug./Dec. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901997000200005>. Acesso em: 16 jul. 2020.

- JUNQUEIRA, L. A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev Administração Pública**. v. 34, n. 6, 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>. Acesso em: 16 jul. 2020.
- MÄDER, B.J.; HOLANDA, A.F.; COSTA, I. I. Pesquisa Qualitativa e Fenomenológica em Saúde Mental: Mapeamento como Proposta de Método Descritivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, n. e35439, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35439>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- MAFIOLETTI, T.M. *et al.* Violência contra mulheres: trajetória histórica de um programa de atenção (Curitiba – 1997-2014). **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n. 6, p. 2907-15, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0583>. Acesso em: 02 fev. 2020.
- MLACHA, Y.P. *et al.* Fine scale mapping of malaria infection clusters by using routinely collected health facility data in urban Dar es Salaam, Tanzania. **Geospat Health**, v.12, n. 494, p. 74-83, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4081/gh.2017.494>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- PREFEITURA DE PASSO FUNDO. **Turismo**. Passo Fundo, 2019a. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/secretaria.php?c=1069>. Acesso em: 29 dez. 2019.
- PREFEITURA DE PASSO FUNDO. **Saúde**. Passo Fundo, 2019b. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/secretaria.php?c=328>. Acesso em: 29 dez. 2019.
- RAMASCO-GUTIÉRREZ, M. *et al.* Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. **Gac Sanit**, n. 31, v. 5, p. 432-35, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.026>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual**. Porto Alegre: SES, 2019. 20p.
- ROSS, J.R.; PEDROSA, A.O; PORTELA, N.L.C. Georreferenciamento do câncer do colo do útero na atenção primária. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, p. 803-09, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31096>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Rede de atendimento IST/HIV/aids**. Porto Alegre, 2019b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/rede-de-atendimento-ist-hiv-aids>. Acesso em: 11 mar. 2019.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Coordenadorias Regionais**. Porto Alegre, 2019c. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/6-crs-passo-fundo>. Acesso em: 29 dez 2019.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016, 228 p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2019.

SEHNEM, G.D. *et al.* Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n. e62, p. 1-19, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/2179769235061>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

SOUSA, T.C.C. *et al.* Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. **Cad. Saúde Colet**, v. 27, n. 2, p. 117-23, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201900020059>. Acesso em: 27 jan. 2020.

TRENTIN, D. *et al.* Atendimento a mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa da literatura. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20180324, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0324>. Acesso em: 27 jan. 2020.

TRIGUEIRO, T.H. *et al.* Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. **Texto Contexto Enferm**, n. 27, v. 1, e6490015, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>. Acesso em: 09 fev. 2020.

WARSCHAUER, A.; CARVALHO, Y.M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100015>. Acesso em: 16 jul. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers.** World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/>. Acesso em: 09 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women Intimate partner and sexual violence against women - Evidence brief.** World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 09 fev. 2020.

5.4 ELABORAÇÃO DO FLUXOGRAMA PARA O ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O fluxograma constitui uma ferramenta que possibilita a compreensão de como ocorre a atenção, com objetivo de traçar fluxos e processos de trabalho (PLASSA *et al.*, 2018). Nesse sentido, para possibilitar a articulação entre os serviços intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual foi elaborado um fluxograma de atendimento. No entanto, o desenvolvimento do fluxograma é uma adaptação de um fluxograma já construído, inserido no protocolo da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS): Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde (FLORIANÓPOLIS, 2016); desse modo a descrição do método da elaboração se refere à adaptação desse item para o contexto local do estudo.

Foram considerados para a elaboração do fluxograma: Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde (2.2 Pessoa com idade de 18 a 60 anos) (ANEXO C) do Protocolo RAIVS (FLORIANÓPOLIS, 2016); os documentos disponíveis *online*: Norma técnica e Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012) e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011). Também foram considerados os resultados do estudo qualitativo (TRENTIN *et al.*, 2020) e do mapeamento (estudo descritivo). Salienta-se que foi solicitada a autorização para utilização do Protocolo RAIVS (APÊNDICE D).

O desenvolvimento da elaboração do fluxograma para o município do estudo seguiu as seguintes fases:

Na primeira fase, ocorreu a participação da pesquisadora nas reuniões mensais durante o ano de 2017 e 2018 da RAIVS em Florianópolis/SC. A participação teve objetivo de conhecer a RAIVS e o funcionamento do fluxograma.

Na segunda fase, após a autorização da utilização do Protocolo RAIVS, foram analisados os documentos *online*: Norma técnica e Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012) e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011). Estes documentos apresentam recomendações e orientações para a organização da rede de atendimento local, assim como serviços e profissionais preconizados na atenção em situações de violência sexual.

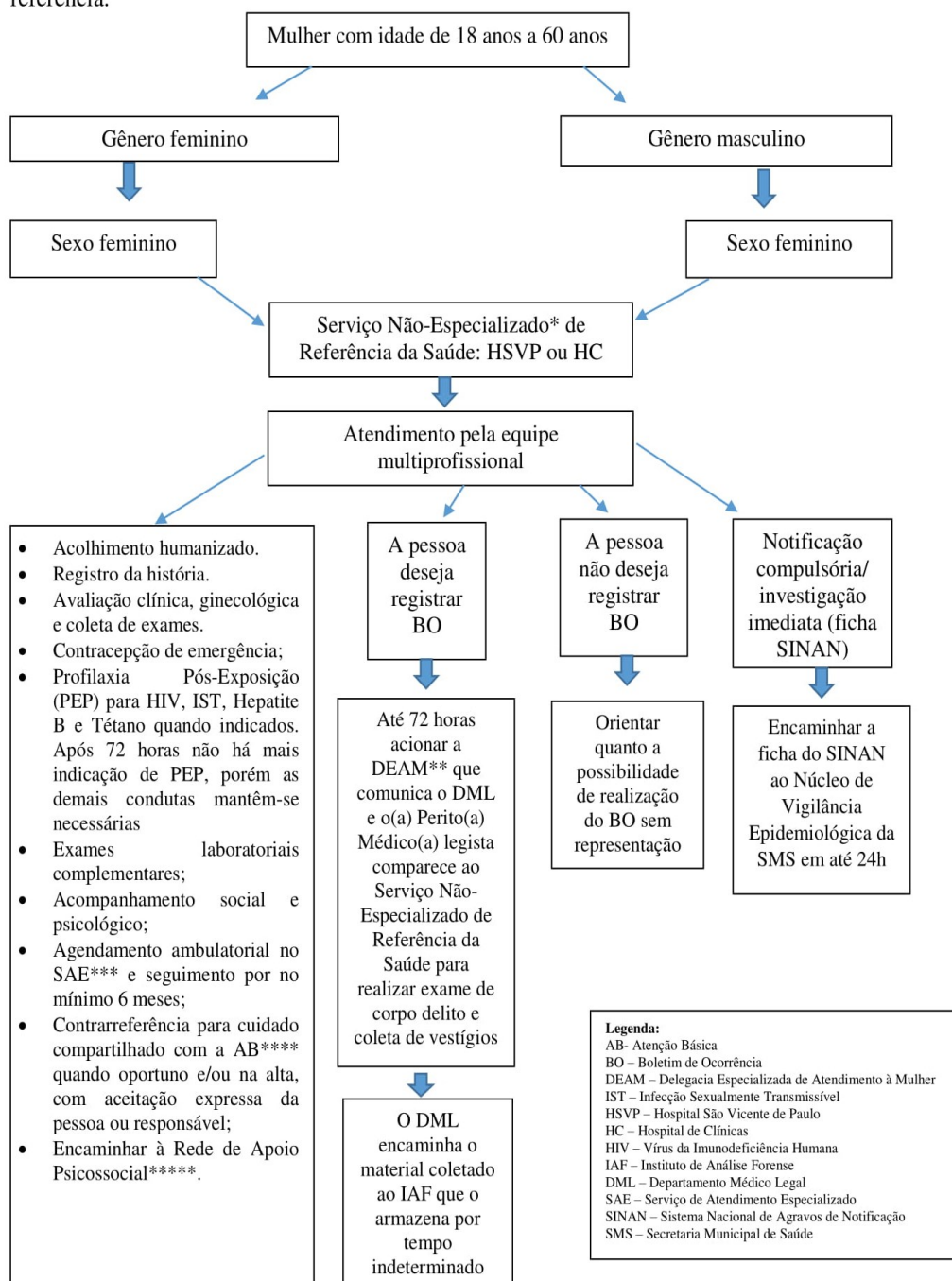
Na terceira fase da elaboração do fluxograma, para o contexto do município local, ocorreu a adaptação do fluxograma (2.2 Pessoa com idade de 18 a 60 anos) do Protocolo

RAIVS (FLORIANÓPOLIS, 2016, p.18), considerando os serviços de atendimento obtidos através dos resultados do estudo qualitativo e do mapeamento.

A Figura 1 apresenta o resultado da fase da elaboração do fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência sexual.

Figura 1 - Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência da Saúde nas primeiras 72 horas. Passo Fundo, RS, Brasil, 2020.

Mulher com idade de 18 anos a 60 anos atendida em serviço da Rede de Saúde do município: realizar o atendimento/acolhimento, fazer a notificação e ser encaminhado aos serviços de referência.



Nota¹: Fluxograma adaptado do item: Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde - Protocolo RAIVS (FLORIANÓPOLIS, 2016); Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012); e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011).

- *Serviços não-especializados de atendimento à mulher: hospitais gerais, serviços de atenção básica, delegacias comuns, polícia militar, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas, entre outros; Serviços especializados de atendimento à mulher: atendem exclusivamente mulheres e possuem *expertise* no tema da violência contra as mulheres, como as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2011).
- **DEAM: o horário de funcionamento da DEAM é de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 18h. Após este horário, finais de semana e feriados, o atendimento ocorre na Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA)
- *** SAE: encaminhamento para o SAE de abrangência do local de residência
- ****AB: no município engloba UBS, CAIS e ESF
- *****Rede de Apoio Psicossocial: CAPS, COMDIM, CREAS, CRAM, MP, PROJUR Mulher, CEPAVI.

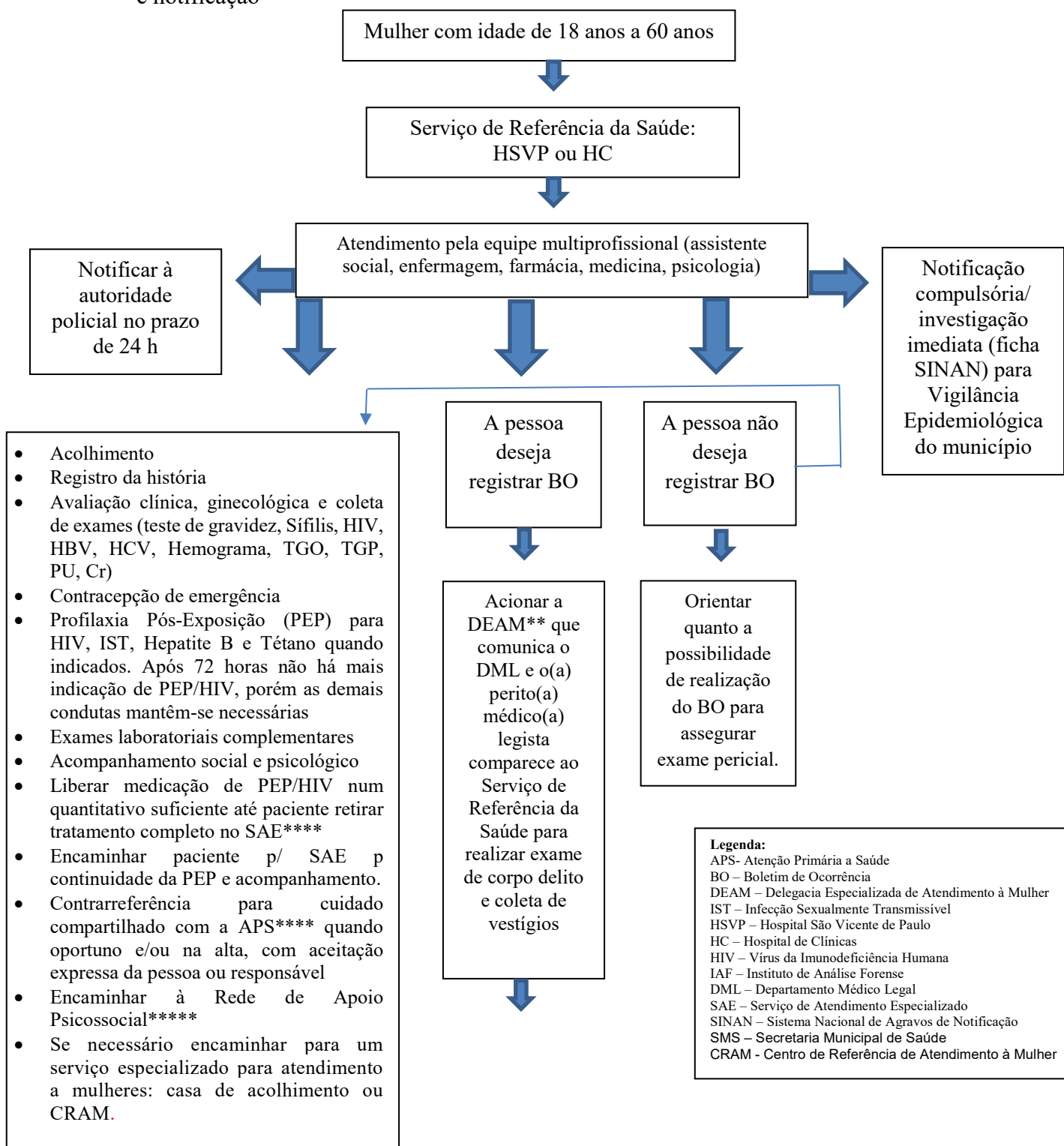
Fonte: produto elaborado para fins deste estudo (2020).

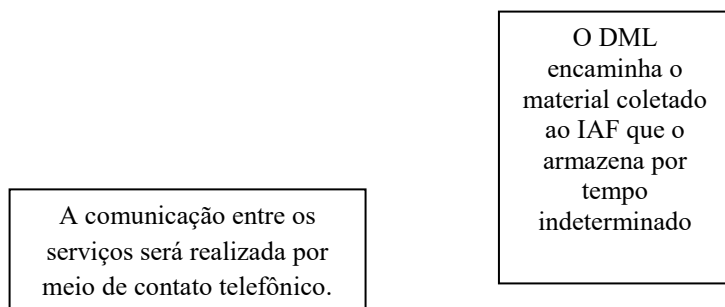
A validação de conteúdo do fluxograma ocorreu por meio da técnica *Delphi*. Foram 14 juízes que responderam o formulário. O consenso foi obtido na primeira rodada da técnica *Delphi*.

O fluxograma reformulado após as considerações dos juízes é apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência da Saúde nas primeiras 72 horas¹ (Em caso de procura em outra porta de entrada, o caso deve ser notificado e a pessoa encaminhada ao Serviço de Referência da Saúde). Passo Fundo, RS, Brasil, 2020.

1.1 Mulher, independente do gênero, com idade de 18 anos a 60 anos, atendida em Serviço de Referência da Saúde do município: realizar o atendimento/acolhimento, encaminhamentos e notificação*





Nota¹: Fluxograma adaptado do item: Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde - Protocolo RAIVS (FLORIANÓPOLIS, 2016); Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012); e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011).

- * O recorte de 18 a 60 anos ocorre pelo fato de que situações de violência sexual em mulheres menores de 18 anos é necessário notificar o Conselho Tutelar; e em mulheres com idade acima de 60 anos, o Conselho do Idoso. Assim, justifica-se que outros elementos agregam o fluxograma nestas faixas etárias.
- **DEAM: o horário de funcionamento da DEAM é de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 18h. Após este horário, finais de semana e feriados, o atendimento ocorre na Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA)
- **** SAE: encaminhamento para o SAE de abrangência do local de residência
- ****APS: no município engloba UBS, CAIS e ESF
- *****Rede de Apoio Psicossocial: CAPS, COMDIM, CREAS, CRAM, MP, PROJUR Mulher, CEPAVI. Casas de acolhimento.

Fonte: produto elaborado para fins deste estudo (2020).

5.5 MANUSCRITO 4 - VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA

Daiane Trentin
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

RESUMO

Objetivo: validar um Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual. **Método:** estudo de validação de conteúdo por meio da técnica *Delphi*. A seleção dos juízes foi intencional. Foram selecionados 25 juízes. Destes, 14 juízes responderam o formulário, constituindo a amostra do estudo. O instrumento de coleta foi um formulário elaborado no *Google Forms*[®]. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2020. Análise estatística, para verificar a concordância dos juízes, realizou-se por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e, para a confiabilidade da concordância da avaliação dos juízes, foi utilizado o índice Kappa (K). **Resultados:** os itens validados, na parte 1 do fluxograma, apresentaram Kappa de 100% na relevância, concordância 85,71% e clareza 63,74%. Já o IVC na relevância e concordância foi de 100%; e clareza 0,78%. Na parte 2, o Kappa foi de 73,63% na relevância, concordância 85,71% e clareza 100%. O IVC na relevância, concordância e clareza de 100%. E na parte 3 do fluxograma, a relevância apresentou Kappa de 85,71%, concordância 100% e clareza 63,74%. O IVC na relevância e concordância foi de 100% e clareza 0,78%. **Considerações finais:** a elaboração e validação de um Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual possibilita a integralidade no atendimento por meio da articulação dos serviços intersetoriais e por sua vez estruturar a rede de atendimento.

Descritores: Violência Contra a Mulher; Delitos Sexuais; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to validate a Flowchart for Assistance to Women in Situations of Sexual Violence. **Method:** content validation study using the Delphi technique. The selection of judges was intentional. 25 judges were selected. Of these, 14 judges answered the form, constituting the study sample. The collection instrument was a form prepared in Google Forms[®]. Data collection took place from January to February 2020. Statistical analysis to verify the agreement of the judges, was carried out through the Content Validity Index (CVI) and for the reliability of the agreement of the judges' evaluation, the Kappa index (K). **Results:** The items validated in part 1 of the flowchart showed a Kappa of 100% in relevance, agreement 85.71% and clarity 63.74%. The CVI in relevance and agreement was 100%; and clarity 0.78%. In part 2, the Kappa was 73.63% in relevance, 85.71% agreement and 100% clarity. The CVI in relevance, agreement and 100% clarity. And in part 3 of the flowchart, the relevance showed a Kappa of 85.71%, 100% agreement and 63.74% clarity. The CVI in relevance and agreement was 100% and clarity 0.78%. **Final considerations:** the elaboration and validation of a Flowchart for Assistance to Women in Situations of Sexual Violence enables the integrality of care through the articulation of intersectoral services and in turn to structure the service network..

Keywords: Violence Against Women; Sex Offenses; Patient Care Team.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada três mulheres sofrerá violência física e/ou violência sexual durante a vida, podendo acometer qualquer mulher, independente de cultura, religião ou classe econômica. Tem consequências ao longo da vida da mulher, com impacto na saúde física, psicológica e emocional, além da dimensão econômica e social para a família e a sociedade (WHO, 2018). Assim se faz necessária uma reposta articulada e alinhada entre os serviços intersetoriais (WHO, 2017).

A construção de fluxogramas é uma possibilidade de melhorar esta reposta e facilitar o acesso ao atendimento em tempo oportuno, favorecendo a articulação da rede de atendimento (PEDROSA; DINIZ; LIMA; MOURA, 2016; VIEIRA *et al.*, 2016; BORTH *et al.*, 2018; DELZIOVO *et al.*, 2018; AMARIJO *et al.*, 2020). E, para além da assistência, informações padronizadas permitem identificar os potenciais ou reais problemas que determinam a saúde, possibilitando encontrar marcas de violência (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2017).

O atendimento, na perspectiva de rede, pautado por protocolos e fluxogramas, são recomendações da OMS. Relacionado à violência sexual, destacam-se, entre outros, as diretrizes que orientam os profissionais de saúde de como responder à violência praticada pelo parceiro íntimo e à violência sexual contra a mulher, o manual de fortalecimento dos serviços de saúde na resposta à mulher violentada pelo parceiro íntimo ou exposta à violência sexual e o protocolo para manejo clínico de sobreviventes de estupro e violência por parceiro íntimo (WHO, 2013b; WHO, 2017; WHO, 2020).

No Brasil, o atendimento também segue a linha intersetorial. Destacam-se a Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012), a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011) e a Portaria MS/GM no 485, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, em que no Art. 2º é especificado dentre as funções, ofertar atenção integral e fomentar o cuidado em rede (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, uma experiência de êxito é o Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual de Florianópolis/SC, também denominado Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (RAIVS). A RAIVS orienta o acompanhamento multiprofissional, intersetorial e longitudinal no âmbito hospitalar ou na Atenção Primária à Saúde, normatizando o atendimento às pessoas em situação de violência sexual até 72 horas após a agressão (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Apesar de estar nas recomendações mundiais e nacionais o atendimento à mulher em situação de violência sexual na perspectiva da rede, a implantação e a articulação dos serviços nos municípios nem sempre responde às recomendações instituídas (BRASIL, 2012). Estudos identificam fragmentação no atendimento, desarticulação entre os serviços, ausência de protocolos e fluxogramas (MARTINS *et al.*, 2016; BORTH *et al.*, 2018; TRENTIN *et al.*, 2019). Um estudo sobre atendimento ao idoso vítima de violência mostra que a falta de comunicação entre os setores incide, entre outras consequências, na duplicidade de trabalho e dificuldade de condução das intervenções (PLASSA *et al.*, 2018). Estudos em outros países também sinalizam a necessidade da rede intersetorial, protocolos e fluxogramas no atendimento em situações de violência sexual (STEWART *et al.*, 2015; SAAD *et al.*, 2020). Além disso, enfatiza-se a importância da equipe multiprofissional, assim como a prática interdisciplinar que a violência demanda (MINAYO *et al.*, 2018). Na literatura, identifica-se a necessidade desse trabalho interdisciplinar, articulando distintas óticas disciplinares e a possibilidade de espaços para discussões interdisciplinares e intersetoriais aos profissionais que atendem essas mulheres (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016; COSTA *et al.*, 2017).

No contexto do município em estudo, há serviços disponíveis para atender mulheres em situação de violência sexual, mas não é evidenciado um fluxograma intersetorial. Assim, constitui objetivo do estudo: elaborar e validar um Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual.

MÉTODO

Delineamento do estudo

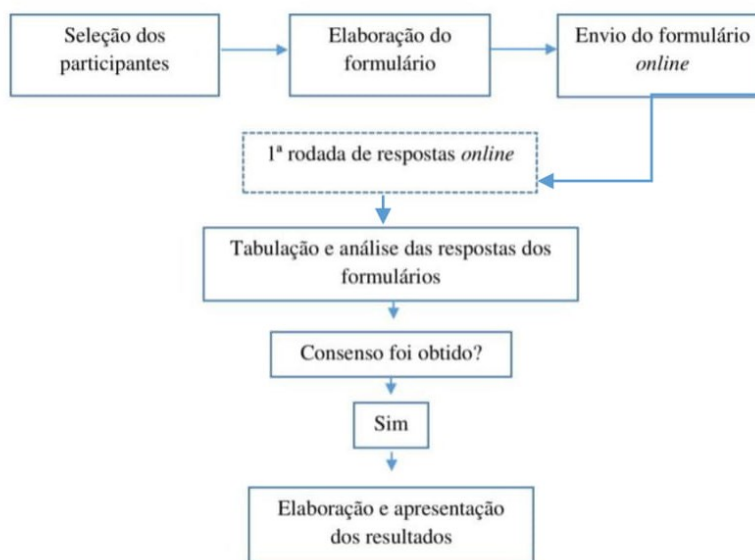
Estudo de validação de conteúdo por juízes por meio da técnica *Delphi*, que é uma técnica de projeção, que utiliza a coleta sistemática da opinião de especialistas, com objetivo de apresentar uma visão sobre um fenômeno (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013; MASSAROLI *et al.*, 2017).

A elaboração do fluxograma de atendimento à mulher em situação de violência sexual ocorreu a partir da avaliação do item: Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde - Protocolo RAIVS (FLORIANÓPOLIS, 2016); e pautado nos documentos disponíveis *online*: Norma técnica e Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012) e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011). Também foram considerados os resultados do estudo qualitativo (TRENTIN



et al., 2020) e do mapeamento (estudo descritivo). Salienta-se que foi solicitada a autorização para utilização do Protocolo RAIVS.

As etapas do desenvolvimento da técnica *Delphi* são apresentadas na Figura 1.

Figura 1 - Etapas da técnica *Delphi*. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: adaptado de MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013.

Legenda: Procedimento executado pelo pesquisador: 
 Procedimento executado pelo respondente: 

Participantes do estudo e amostra

A seleção dos juízes foi intencional. Para a definição e a identificação dos participantes do estudo, foram instituídas três fontes de busca: palestrantes do 17º Fórum Perinatal da Macrorregião Norte do Rio Grande do Sul, ocorrido em outubro de 2016, cujo tema abordado foi “Linha de cuidado a mulher vítima de violência - Rede de Atenção x Relações Violentas - Que rede é essa? Neste evento houve a discussão acerca do atendimento à mulher em situação de violência sexual. A segunda fonte foram profissionais que participaram da pesquisa do mestrado intitulada: Atendimento a mulheres em situação de violência sexual em um município do Sul do Brasil: análise na perspectiva da bioética (TRENTIN *et al.*, 2019; TRENTIN *et al.*, 2020);

O acesso para o contato com esses participantes ocorreu por meio do endereço eletrônico e os critérios de inclusão foram: ser profissional de formação superior e atuar em um serviço intersetorial de atendimento à mulher em situação de violência sexual, com tempo mínimo de um ano de atuação no serviço.

A terceira fonte de busca foi: professores cadastrados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Critérios de inclusão: ser doutor e pesquisador ou profissional da área da saúde com publicações de artigo acerca do tema (violência sexual contra a mulher) em periódico científico e/ou resumo sobre o tema em eventos nacional ou internacional no período de 2013 a 2019. O acesso foi por meio da consulta *online* do currículo *Lattes* dos profissionais, no recurso de busca avançada.

Foram selecionados 25 juízes. Destes, 14 juízes responderam o formulário, constituindo a amostra do estudo.

Instrumento e coleta dos dados

O instrumento de coleta foi um formulário elaborado no *Google Forms*[®], denominado: Formulário de validação - Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual - 1ª Rodada. A execução da rodada ocorreu por meio do correio eletrônico, com o envio de um e-mail para os participantes com a carta de apresentação do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o formulário.

O tempo previsto para devolução do formulário, em meio digital, foi de 20 dias, sendo que em caso de não devolução até o prazo estabelecido, um novo e-mail foi enviado e, passados 10 dias sem devolução, foi considerada a desistência do participante.

A técnica para a formulação de escalas de resposta do formulário foi a escala tipo Likert. Nesta escala, os respondentes têm a opção de uma série de itens colocados de modo positivo ou negativo em relação a um determinado fenômeno, em que as respostas indicam um nível de concordância ou discordância (POLIT; BECK, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

O pré-teste do formulário foi realizado com duas participantes que não fizeram parte da amostra de juízes do estudo. Foram sugeridos alguns ajustes na redação do texto na carta de apresentação do estudo. No formulário, ajustes no item Dados dos participantes sobre o tempo de formação profissional. Na primeira parte e na segunda parte do fluxograma, adequações no título do fluxograma e na solicitação de exames, respectivamente. Os ajustes sugeridos foram realizados.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2020.

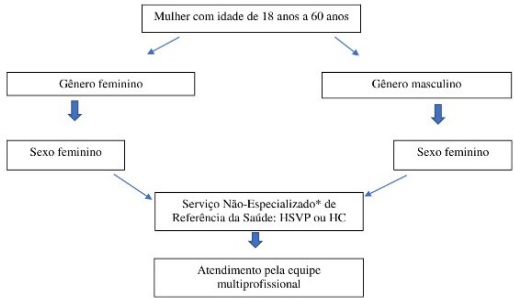
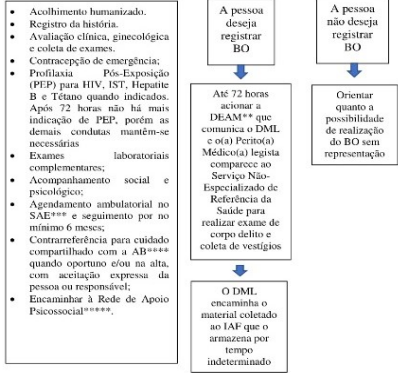
Análise dos dados


Os dados foram tabulados em planilha eletrônica do *Microsoft Excel*[®] e a análise estatística para verificar a concordância dos juízes foi realizada por meio do Índice de Validade

de Conteúdo (IVC), medida de proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância com determinados pontos do instrumento e de seus itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para a confiabilidade da concordância da avaliação dos juízes foi utilizado o índice Kappa (K) (POLIT; BECK, 2011; REVORÊDO *et al.*, 2016).

Para a validação de conteúdo pelos juízes, o Fluxograma foi disposto em três partes no formulário (Quadro 1).

Quadro 1 - Estrutura do Fluxograma avaliada pelos juízes - primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

<p>1. Item: Primeira parte do fluxograma</p> <p>1 Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência da Saúde nas primeiras 72 horas¹</p> <p>1.1 Mulher com idade de 18 anos a 60 anos atendida em serviço da Rede de Saúde do município: realizar o atendimento/acolhimento, fazer a notificação e ser encaminhada aos serviços de referência.</p>  <p>*Serviços não-especializados de atendimento à mulher: hospitais gerais, serviços de atenção básica, delegacias comuns, polícia militar, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, defensorias públicas, entre outros; Serviços especializados de atendimento à mulher: atendem exclusivamente mulheres e possuem <i>expertise</i> no tema da violência contra as mulheres, como as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2011).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concordância: () concordo () discordo • Clareza: () não claro () pouco claro () claro () muito claro • Relevância: () não relevante () necessita grande revisão () necessita pequena revisão () relevante • Comentários/ sugestões:
<p>2. Item: Segunda parte do fluxograma</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento humanizado; • Registro da história; • Avaliação clínica, ginecológica e coleta de exames; • Contracepção de emergência; • Profilaxia Pós-Exposição (PEP) para HIV, IST, Hepatite B e Tétano quando indicados. Após 72 horas não há mais indicação de PEP, porém as demais condutas mantêm-se necessárias; • Exames laboratoriais complementares; • Acompanhamento social e psicológico; • Agendamento ambulatorial no SAE*** e seguimento por no mínimo 6 meses; • Contrarreferência para cuidado compartilhado com a AB**** quando oportuno e/ou na alta, com aceitação expressa da pessoa ou responsável; • Encaminhar à Rede de Apoio Psicossocial*****. <p>**DEAM: o horário de funcionamento da DEAM é de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h30 às 18h. Após este horário, finais de semana e feriados, o atendimento ocorre na Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA)</p> <p>*** SAE: encaminhamento para o SAE de abrangência do local de residência</p> <p>****AB: no município engloba UBS, CAIS e ESF</p> <p>*****Rede de Apoio Psicossocial: CAPS, COMDIM, CREAS, CRAM, MP, PROJUR Mulher, CEPAVI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concordância: () concordo () discordo • Clareza: () não claro () pouco claro () claro () muito claro • Relevância: () não relevante () necessita grande revisão () necessita pequena revisão () relevante • Comentários/ sugestões:

<p>3. Item: Terceira parte do fluxograma</p>  <pre> graph TD A[Notificação compulsória/investigação imediata (ficha SINAN)] --> B[Encaminhar a ficha do SINAN ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da SMS em até 24h] </pre>	<ul style="list-style-type: none"> • Concordância: <input type="checkbox"/> concordo <input type="checkbox"/> discordo • Clareza: <input type="checkbox"/> não claro <input type="checkbox"/> pouco claro <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> muito claro • Relevância: <input type="checkbox"/> não relevante <input type="checkbox"/> necessita grande revisão <input type="checkbox"/> necessita pequena revisão <input type="checkbox"/> relevante • Comentários/ sugestões:
--	--

Em todas as partes foram calculados o IVC e o índice Kappa, considerando concordância, clareza e relevância. As afirmativas continham 4 opções de resposta, em escala do tipo *Likert*, que nesse estudo foi de não relevante a relevante (DAVIES *et al.*, 2018) e de não claro a muito claro (para concordância e clareza), sendo obrigatória a resposta para avançar à próxima questão. Após cada afirmativa, ficou disponível um espaço para comentários, se assim o juiz julgasse necessário (para composição dos resultados, as observações dos juízes acerca das afirmativas, foram identificadas como Afirmativa 1 =A1, Afirmativa 2 =A2, e assim sucessivamente). Esse campo não era de preenchimento obrigatório para avançar no questionário.

O Kappa foi calculado por uma calculadora disponível *online* (<http://justusrandolph.net/kappa/>). Para análise da concordância, as quatro respostas ordinais possíveis na escala de *Likert* foram agrupadas em duas categóricas. Considerou-se que houve concordância entre os juízes que marcaram as alternativas 1 ou 2 na escala de *Likert* (item relevante, item claro), assim como 3 ou 4 (item sem relevância, item não claro) (DAVIES *et al.*, 2018). O índice Kappa estabelecido foi de $k > 0,60$ para avaliação de cada item (REVORÊDO *et al.*, 2016).

O IVC é bastante utilizado na área da saúde para medir a proporção/porcentagem de juízes que estão em consenso sobre os itens de um instrumento e seus aspectos (WYND *et al.*, 2003). O IVC foi utilizado para analisar cada item individualmente e adotou-se IVC com taxa de concordância aceitável não inferior a 0,78, já que se obteve respostas de 14 juízes. Ou seja, considerou-se a literatura que estabelece que no processo de avaliação dos itens individualmente, deve-se considerar o número de juízes e, no caso de haver seis ou mais, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. E, caso o número de juízes fosse inferior a seis, a taxa deveria ser superior a 0,80 (WYND *et al.*, 2003).

Aspectos éticos

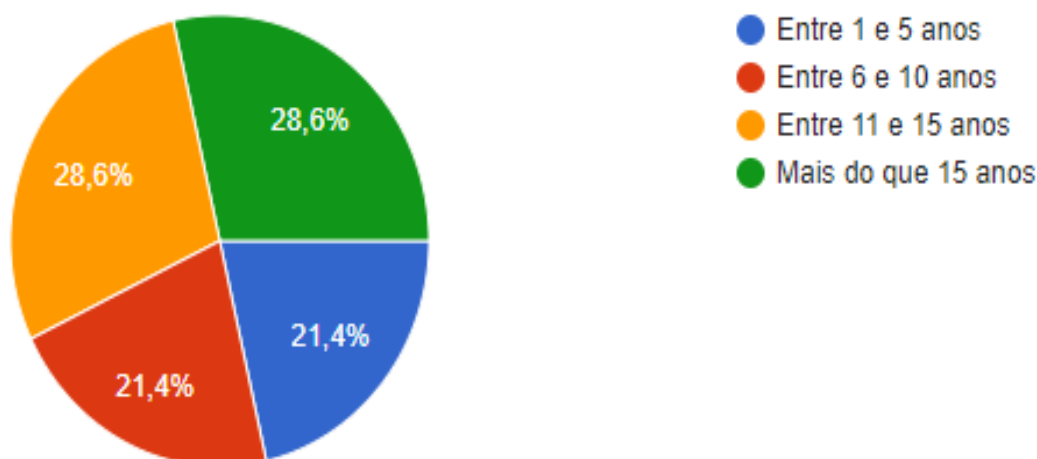
O estudo segue as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo CEPESH/UFSC, sob o parecer nº 3.057.595, CAAE: 02536818.1.0000.0121, em 05 de Dezembro de 2018. Aos participantes selecionados (juízes) foi encaminhado e-mail com a carta convite, explicando o estudo e o TCLE.

O sigilo acerca da identidade dos participantes e o anonimato foram assegurados.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes da *Delphy*, o tempo de formação profissional variou entre 1 e mais de 15 anos. Entre 1 e 5 anos (7,1%), entre 6 e 10 anos (14,3%), entre 11 e 15 anos (7,1%) e predominou o tempo de mais de 15 anos de formado com 71,4% dos respondentes. Com relação à profissão, responderam o formulário: assistentes social, enfermeiras, psicólogas e professoras. Referente ao tempo de atuação no serviço ou com a temática, os dados são apresentados no Gráfico 1.

Figura 2 - Distribuição dos juízes quanto ao tempo de atuação no serviço ou tempo de trabalho com a temática da violência sexual (n=14). Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: *Google Forms*, 2020.

Dos 14 juízes, dois foram palestrantes do 17º Fórum Perinatal da Macrorregião Norte do Rio Grande do Sul; seis foram profissionais que participaram da pesquisa do mestrado e seis são professores cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq.

O consenso foi obtido de imediato, sendo assim não foram realizadas outras rodadas, conforme preconizada pela técnica *Delphi*, quando o consenso nas respostas não ocorre na primeira rodada. Nesta direção, o próximo passo foi a compilação das respostas e apresentação dos resultados, os quais são apresentados a seguir na Tabela 1.

Tabela 1 - Kappa e IVC obtidos na primeira rodada. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Parte 1 do fluxograma	Kappa de Fleiss	IVC
Variável	%	%
Relevância	100	100
Concordância	85,71	100
Clareza	63,74	0,78
Parte 2 do fluxograma	Kappa de Fleiss	IVC
Variável	%	%
Relevância	73,63	100
Concordância	85,71	100
Clareza	100	100
Parte 3 do fluxograma	Kappa de Fleiss	IVC
Variável	%	%
Relevância	85,71	100
Concordância	100	100
Clareza	63,74	0,78

DISCUSSÃO

A discussão versa sobre a validação de um fluxograma com objetivo de proporcionar a articulação dos serviços no atendimento à mulher em situação de violência sexual. Parte do pressuposto de que para assegurar à mulher a integralidade da atenção é necessária a existência da rede de atendimento articulada.

A implementação de um fluxograma é uma possibilidade de alinhar ações no atendimento à mulher que sofreu violência sexual, assim como o manejo adequado e a resposta às particularidades de cada situação. Para tanto, a opinião de juízes, por meio da técnica *Delphi*, é uma ferramenta importante para obter avaliação criteriosa e consenso sobre um determinado assunto, constitui apreciações e opiniões confiáveis (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA, 2013; REVORÊDO *et al.*, 2016). A obtenção do IVC e Kappa entre os juízes ocorreu na

primeira rodada. As sugestões e comentários dos juízes foram considerados para a reformulação dos itens, assim como a literatura.

Os itens validados na parte 1 do fluxograma apresentaram Kappa de 100% na relevância, concordância 85,71% e clareza 63,74%. Já o IVC na relevância e concordância foi de 100%; e clareza 0,78%. Nesta primeira parte, o fluxograma compreende o tempo de atendimento (primeiras 72 horas), a especificação da faixa etária da mulher, o local de atendimento (Serviço de Referência da Saúde) e ações como: atendimento/acolhimento, encaminhamentos e notificação realizados pela equipe multiprofissional.

Alguns dos itens foram modificados após a validação, como a especificação da mulher independente do gênero e a sequência das ações. No entanto, foi mantida a faixa etária da mulher, visto que de acordo com protocolos como a RAIVS, mulheres menores de 18 anos ou acima de 60 anos envolvem algumas particularidades no atendimento, como o conselho tutelar e do idoso, respectivamente; havendo, portanto, a necessidade de fluxos próprios (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Sobre o termo gênero, o dicionário define como um “conjunto de seres ou objetos que tenham caracteres comuns; espécie, tipo, classe, ordem, qualidade” (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008, p.631). Gênero também é definido como um elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres. É uma construção social aplicada a um corpo sexuado, sendo a primeira forma na qual o poder se articula, uma categoria dinâmica (SCOTT, 1990; GOMES et al, 2018). Nesse sentido, quando se utiliza esse termo, consideram-se todas as mulheres independente de sexo ou gênero.

Também foram detalhados os integrantes da equipe multiprofissional. Conforme previsto na Portaria nº 485/ 2014, compreende a equipe mínima: assistente social, enfermeiro(a), farmacêutico(a), médico(a), psicólogo(a) e técnico(a) de enfermagem (BRASIL, 2014). Cabe aos membros da equipe multiprofissional, além da assistência, a notificação e encaminhamentos necessários. Esta contribuição dos juízes agrega mais objetividade ao fluxograma, que visa colaborar na articulação dos serviços intersetoriais e qualificar o atendimento em um contexto em que não é evidenciada a rede de atendimento implementada.

Na literatura, identifica-se a problemática da rede de atendimento à mulher em situação de violência sexual (TRENTIN *et al.*, 2019). Estudo recente acerca dessa temática mostra que a inexistência de uma rede efetiva, fragmentação da atenção, fragilidades na capacitação de profissionais, dentre outros fatores, incide de modo prejudicial na assistência à mulher em situação de violência sexual. A estruturação da rede de atendimento possibilita assegurar a interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade (BRANCO *et al.*, 2020).

A violência demanda dos serviços de saúde uma nova organização de atendimento com equipe interdisciplinar e articulada em rede (MINAYO *et al.*, 2018). Esse aspecto da interdisciplinaridade é ainda um desafio. Embora exista uma equipe multiprofissional, a atuação dos profissionais por vezes apresenta fragmentação no cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2017). Desse modo, a interdisciplinaridade que compreende a integração das disciplinas ou áreas do conhecimento (PEDUZZI *et al.*, 2013); e articula várias disciplinas, com foco no objeto complexo (problema, tema) que somente uma área não responde (MINAYO, 2011); constitui a prática ideal para o cuidado em situações de violência, um fenômeno complexo.

A perspectiva de rede no atendimento emana da articulação dos serviços, que requer fortalecimento para uma boa colaboração intersetorial (STEWART *et al.*, 2015). Assim como a assistência prestada pela equipe multiprofissional é uma potencialidade no atendimento. No entanto, demanda superar barreiras, como demonstrou um estudo sobre os desafios na colaboração interprofissional em um centro de atendimento à violência sexual na Holanda. É evidenciado que a colaboração interprofissional melhora a qualidade no atendimento, mas existem desafios como definir papéis profissionais e construir relações interpessoais (ZIJLSTRA *et al.*, 2017), assim como os desafios de gerenciar conflitos interpessoais e aperfeiçoar habilidades de comunicação (COLE, 2018; BORTH *et al.*, 2018).

O atendimento à mulher em situação de violência sexual pela equipe multiprofissional está previsto pela OMS (WHO, 2017; WHO, 2020); e pela legislação brasileira, como dispõe a Lei 12.845, de 1 de agosto de 2013, no Art. 1º: “os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social” (BRASIL, 2013).

Na segunda parte de fluxograma, todos os itens apresentaram IVC de 100%. Entretanto, o Kappa foi de 73,63% na relevância, concordância 85,71% e clareza 100%. Aqui são descritas ações referentes ao atendimento como: acolhimento, anamnese, exames laboratoriais, PEP, contracepção de emergência, acompanhamento psicológico e social, médico(a) legista. As modificações ocorreram na especificação dos exames a serem solicitados na avaliação clínica e ginecológica, proporcionando dessa forma melhor clareza aos profissionais. Os exames ginecológicos estão previstos nas políticas públicas (BRASIL, 2013 b, FLORIANÓPOLIS, 2016) e devem ser solicitados durante o atendimento nos serviços de saúde (PINTO *et al.*, 2017).

O fluxograma tem o marco das primeiras 72 horas pelo fato de que após este período algumas condutas não são mais indicadas, principalmente no que diz respeito à PEP HIV,

que deve ser iniciada até 72 horas após a violência sexual (VREES, 2017; WHO, 2020). O atendimento dentro desse período com relação à administração da contracepção de emergência é também um fator de proteção para evitar a gravidez (DELZIOVO *et al.*, 2018; WHO, 2020). Assim, o enfoque neste período é fundamental no que tange ao manejo clínico para prevenir possíveis consequências da violência sexual.

Referente aos critérios adotados para comparecimento do perito e um fluxo com a possibilidade de realizar o BO no serviço de saúde em que a vítima está sendo atendida, com a opção para mulher de dar continuidade ou não posteriormente, foi realizado ajustes no fluxograma conforme a literatura. Lembrando que compete ao Serviço de Referência da Saúde acionar a autoridade policial e judicial quando necessário; e cabe à área da Segurança Pública registrar o BO de Crime Sexual, que pode ser com a presença do Agente de Polícia no serviço de saúde ou por contato telefônico do profissional de saúde, de modo a evitar o deslocamento da pessoa em situação de violência sexual. A autoridade policial acionará o(a) Perito(a) Médico(a) Legista para o exame pericial (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Salienta-se que o atendimento nos serviços de saúde dispensa a apresentação do BO (RIO GRANDE DO SUL, 2019). Entretanto, compete às instituições de saúde, conforme a Lei nº 12.845/2013, orientar sobre o registro da ocorrência e os demais trâmites legais para encaminhamento aos órgãos de medicina legal (BRASIL, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2016).

Sobre o registro do BO, em 2018 a Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018, torna pública incondicionada a ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, conforme disposto no Art. 1º: “Esta Lei tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, torna pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelece causas de aumento de pena para esses crimes e define como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo” (BRASIL, 2018). Assim, com essa nova lei, todos os crimes contra a liberdade sexual passam a ser denunciados por ação penal pública incondicionada quando há o registro do BO, mesmo que a mulher deixe registrado o desejo de não representação.

A análise dos juízes quanto à possibilidade de realizar o BO no serviço de saúde em que ocorre o atendimento à mulher corrobora com o que é recomendado na literatura: reduzir o percurso da mulher que sofreu a violência sexual, definindo o atendimento em local específico, para evitar a revitimização da mulher (VREES, 2017). Estudos sinalizam a importância dos serviços de manter um atendimento que evite a exposição e o desgaste da mulher (ARBOIT *et al.*, 2017; PINTO *et al.*, 2017). Cabe ressaltar que, no município, a

realização do BO e da perícia não ocorre no serviço de saúde em que a mulher é atendida, exceto em algumas situações excepcionais. Se a mulher deseja registrar o BO, há o encaminhamento para registro na delegacia.

Outro ajuste importante realizado foi a inclusão do item Notificação à autoridade policial no prazo de 24 horas. Embora a mulher em situação de violência tem o direito de decidir sobre a realização ou não do BO, em dezembro de 2019, foi elaborada a Lei Nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019 (entrou em vigor no mês de março de 2020), que altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher, na qual o Art. 1º da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, passa a vigorar com as alterações: “Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados” (BRASIL, 2019, p. 1). E no inciso 4: “os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no caput deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos.” (NR) (BRASIL, 2019, p.1).

Ressalta-se que a elaboração do fluxograma foi anterior à publicação da referida lei. No entanto, o item foi modificado conforme sugestão dos juízes e a nova legislação vigente.

A parte 3 do fluxograma, que diz respeito à notificação compulsória no SINAN, o IVC na relevância e concordância foi de 100% e na clareza de 0,78%. O Kappa foi de 85,71%, concordância 100% e clareza 63,74%. Não houve considerações, mas foi sugerido o meio pelo qual será realizada a comunicação entre os serviços. Assim, foi incluído mais um item no fluxograma especificando o meio de comunicação por contato telefônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e validação do fluxograma para atendimento à mulher em situação de violência sexual poderá contribuir para possibilitar a integralidade no atendimento por meio da articulação dos serviços intersetoriais e por sua vez a rede de atendimento estruturada e implementada no município em estudo.

O fluxograma validado fornece elementos para o profissional no contexto de trabalho a fim melhorar o manejo dos casos, potencial minimização da revitimização da mulher em situação de violência sexual, assim como é uma ferramenta no processo de trabalho em saúde.

Possibilidade de impacto no cotidiano dos serviços envolvidos no atendimento a mulheres em situação de violência sexual, bem como para a promoção da articulação intersetorial, na região em estudo.

Salienta-se que o item do fluxograma sobre o meio de comunicação entre os serviços ainda é um ponto para ser discutido a melhor forma de sua implementação.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.

AMARIJO, C. L. *et al.* Rede de atenção à saúde: enfrentamento da violência contra mulher no município de Rio Grande. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 1, p. 220-236, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n1-016>. Acesso em: 07 ago. 2020.

ALBUQUERQUE NETTO, L. *et al.* As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, e07120015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017007120015>. Acesso em: 27 set. 2017.

ARBOIT, J. *et al.* Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03207, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v51/1980-220X-reusp-51-e03207.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.

ARAÚJO, T.A.M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

BORTH, L.C. *et al.* Network to combat violence against rural women: articulation and communication of services. **Rev Bras Enferm**, v. 71, Suppl. 3, p.1212-9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0044>. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRANCO, J.G.O. *et al.* Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1877-1886, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres - Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. e ampl., 1. Brasília, 2012, p.124. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 12.845, de 1 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-12-845-de-1-de-agosto-de-2013-30042912>. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13931.htm. Acesso em: 07 ago. 2020.

COLE, J. Structural, Organizational, and Interpersonal Factors Influencing Interprofessional Collaboration on Sexual Assault Response Teams. **Journal of Interpersonal Violence**, n. 33, v.17, p. 2682-2703, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260516628809>. Acesso em: 20 jun. 2020.

COLUCI, M. Z. O; ALEXANDRE, N. M. C; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; KINALSKI, D.D.F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 37, n. esp, e2016-0056, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>. Acesso em: 27 set. 2017.

COSTA, M.C. *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, e59553, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.5955>>. Acesso em: 27 set. 2017.

DAVIES, K. *et al.* Content validity testing of the ESAT ©: A decision aid tool for performing endotracheal suction in children. **Australian Critical Care**, v. 31, n. 1, p.23-30, jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2017.01.006>. Acesso em: 27 set. 2020.

DELZIOVO, C.R. *et al.* Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1687-96, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>. Acesso em: 27 jan. 2020.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1997-2005, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>. Acesso em: 07 ago. 2020.

MARTINS, L.C.A. *et al.* Violência contra mulher: acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 3, p. 507-514, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i3.31422>. Acesso em: 10 maio 2020.

MASSAROLI, A. *et al.* Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 26 n. 4, e1110017, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>. Acesso em: 22 abr. 2018.

MINAYO, M.C.S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: Avanços e desafios. **Cien Saude Colet**, mar. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/institucionalizacao-do-tema-da-violencia-no-sus-avancos-e-desafios/16686?id=16686>. Acesso em: 18 out. 2020.

MUNARETTO, L.F.; CORRÊA, H. L.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm., UFSM**, v. 6, n. 1, p. 09-24, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/view/6243>. Acesso em: 22 abr. 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>. Acesso em: 28 out. 2020.

PEDROSA, C.M. *et al.* 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.

PINTO, L.S.S. *et al.* Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>. Acesso em: 07 ago. 2020.

PLASSA, B.O. *et al.* Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20180021, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0021>. Acesso em: 10 maio 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Editora: Artmed, 2011. 669p.

REWORÊDO, L.S. *et al.* Content validation of an instrument for identifying violence against children. **Acta Paul Enferm**. v. 29, n. 2, p. 205-17, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200205. Acesso em: 22 jun. 2018.

SAAD, M. *et al.* Planning an intersectoral network of healthcare and community leaders to advance trans-affirming care for sexual assault survivors. **Healthcare Management Forum**, v. 33, n. 2, p. 65-69, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0840470419883661>. Acesso em: 05 jun. 2020.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

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://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1994-9>. Acesso em: 05 jun. 2020.

TRENTIN, D. *et al.* Abordagem a mulheres em situação de violência sexual na perspectiva da bioética. **Acta Bioethica**, v. 24, n. 1, p. 117-126, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-949314>. Acesso em: 05 jun. 20219.

TRENTIN, D. *et al.* Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, e20180083, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0083>. Acesso em: 10 maio 2020.

TRENTIN, D. *et al.* Atendimento a mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa da literatura. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20180324, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0324>. Acesso em: 10 maio 2020.

TRENTIN, D. *et al.* Women in situations of sexual violence: potentialities and weaknesses of the intersectoral network. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 4, e20190856, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0856>. Acesso em: 10 maio 2020.

VIEIRA, L.J.E.S. *et al.* Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3957-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>. Acesso em: 10 maio 2020.

VREES, R.A. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. **Obstetrical and Gynecological Survey**, v. 72, n. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/OGX.0000000000000390>>. Acesso em: 07 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines.** World Health Organization, 2013b. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers.** World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO: Addressing Violence Against Women: Key achievements and priorities.** World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/addressing-vaw-achievements-priorities/en/>. Acesso em: 10 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR). **Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings.** Geneva: World Health Organization, 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rape-survivors-humanitarian-settings/en/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

WYND, C.A; SCHMIDT, B; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945903252998>. Acesso em: 10 ago. 2020.

ZIJLSTRA, E. *et al.* Challenges in interprofessional collaboration: experiences of care providers and policymakers in a newly set-up Dutch assault centre. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, n. 32, v. 1, p. 138-146, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12439>. Acesso em: 10 ago. 2020.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação como enfermeira na área da vigilância epidemiológica hospitalar, particularmente nas notificações de casos de violência sexual, associado ao desenvolvimento da dissertação, sustentou e reforçou a necessidade do desenvolvimento de um fluxograma que possibilitasse a articulação intersetorial. A experiência de entrevistar 30 profissionais de diferentes serviços de atendimento foi fundamental na identificação de dados que fundamentaram a tese da necessidade de articulação local para oferecer a integralidade no atendimento. Nas falas de cada profissional que vivencia cotidianamente situações de violência sexual contra a mulher, emergiram potencialidades e fragilidades relacionadas à rede intersetorial, culminando na elaboração do manuscrito 1- que sintetiza a necessidade de articular os serviços e qualificar os profissionais.

Seguindo a trajetória da tese, a RIL proporcionou realizar uma varredura nas publicações nacionais e internacionais acerca da temática, identificando potencialidades, fragilidades e demandas no atendimento à mulher em situação de violência sexual. Dentre os apontamentos na literatura, nos estudos selecionados, destacam-se: melhoramentos do atendimento clínico por meio de protocolos, treinamentos e programas específicos, bem como serviços inadequados, dificuldades de acesso, despreparo profissional na abordagem, ausência de protocolos, que desafiam a concretização do atendimento integral e articulação dos serviços intersetoriais.

Visto a perspectiva dos profissionais e da literatura, outro aspecto surge: o espaço geográfico. Era preciso verificar quais e onde eram os locais de atendimento à mulher no município. Assim, na continuidade da busca de dados para elaboração do fluxograma, o georreferenciamento e a produção dos mapas sinalizaram os espaços existentes no município, apontando possibilidades de fluxo e por consequência melhorar a articulação entre os serviços. Os resultados dessa fase do estudo foram mais um subsídio no planejamento da implantação da intersetorialidade dos serviços no município em estudo, por meio do fluxograma.

Na última fase da trajetória da tese, reunidos os dados de campo, documentos *online* e o protocolo RAIVS, procedeu-se a elaboração do Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual e, posteriormente, a validação por meio da técnica *Delphy*. Esta validação foi realizada por 14 juízes/especialistas na temática. Nesta discussão, enfatizou-se a importância da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade no cuidado em situações de violência, ainda que uma realidade a ser alcançada.

Durante a construção do quarto manuscrito, alguns ajustes foram necessários devido a mudanças na legislação. Isso mostra a dinâmica constante de adaptação dos protocolos e fluxos, assim, salienta-se que a tese dispõe de análise dentro de um recorte temporal, com legislação vigente nesse período.

Ao final dessa etapa de validação, a pesquisadora foi convidada para participar da elaboração do Fluxograma de Atendimento à População Adulta em Situação de Violência Sexual nas Primeiras 72 horas, no município de Passo Fundo\RS, sendo utilizado como um dos documentos base o fluxograma (APÊNDICE F). Embora isso sinalize que o fluxograma é parte essencial na articulação e constitui um referencial para o município, a intersetorialidade ainda é um longo caminho a ser percorrido no contexto do presente estudo.

O atendimento à mulher em situação de violência sexual demanda estruturação e articulação dos serviços intersetoriais. No entanto, alguns contextos carecem de fluxos e de articulação, que na ausência desses, a mulher peregrina por diversos locais, e por vezes, incidindo na revitimização da pessoa. Fluxogramas estruturados e implementados contribuem no manejo das situações, fornecendo elementos para o profissional na busca da integralidade no atendimento à mulher. Constitui uma ferramenta no processo de trabalho. Fluxogramas também contribuem no acesso da mulher aos serviços, na assistência, principalmente nas primeiras 72 horas, quando neste período condutas são fundamentais para evitar as consequências maléficas da violência sexual.

Houve desafios no desenvolvimento do estudo, como dificuldades relacionadas ao acesso à informação, a não possibilidade de realizar o estudo de forma participante no município. Estes desafios também agregaram conhecimento pessoal e profissional, no sentido da complexidade da temática, dos desafios da intersetorialidade e do trabalho multiprofissional em saúde. Ainda, o advento da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), que impactou no processo de análise e conclusão da tese.

Recomenda-se a formação de um comitê local para implantação de um protocolo local, com fluxograma intersetorial, e por consequência a prática interprofissional e interdisciplinar em situações de violência sexual, especialmente para discussão acerca do item do fluxograma sobre o meio de comunicação entre os serviços.

Sobre as limitações, menciona-se a pesquisa em âmbito local, sendo que os dados não podem ser generalizados, considera aspectos regionais e com particularidades do contexto do município. No entanto, a propositiva de articulação dos serviços justifica-se pela evidência de ausência de fluxo intersetorial e, desse modo, o estudo é pioneiro no contexto local, ainda que na literatura sejam evidenciados protocolos e fluxogramas acerca da temática.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.
- ACOSTA, D.F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto Contexto Enferm**, v. 26 n. 3, e6770015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>. Acesso em: 27 set. 2017.
- ALBUQUERQUE NETTO, L. *et al.* As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, e07120015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017007120015>. Acesso em: 27 set. 2017.
- AMARIJO, C. L. *et al.* Rede de atenção à saúde: enfrentamento da violência contra mulher no município de Rio Grande. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 1, p. 220-236, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n1-016>. Acesso em: 07 ago. 2020.
- ANJOS, M.B. Interdisciplinaridade na condução docente: Impressões a partir da vivência. In: PINHO, M.J. *et al.* (Org.). **Complexidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na educação superior**. Goiânia: Editora Espaço Acadêmico, 2015.
- ANNAN, S.L. 'We desperately need some help here' - The experience of legal experts with sexual assault and evidence collection in rural communities. **Rural Remote Health**, v. 14, n. 4, 2659, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2534704>>. Acesso em: 27 set. 2017.
- ARAÚJO, T.A.M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160295.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.
- ARBOIT, J. *et al.* Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, e03207, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016013603207>. Acesso em: 27 set. 2017.
- BANDEWAR, S.V.S.; PITRE, A.; LINGAM, L. Five years post Nirbhaya: Critical insights into the status of response to sexual assault. **J J Indian Ethics**, v. 3, n. 3, p. 215-221, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20529 / IJME.2018.025>. Acesso em: 02 fev. 2020.
- 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 ago. 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://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000020000>. Acesso em: 27 set. 2017.
- BEZERRA, J.F. *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 29, n. 1, p. 51-59, 2016.

Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4186/pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

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**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/97140/96204>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BORTH, L.C. *et al.* Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, supl. 3, p. 1287-94, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0044>. Acesso em: 27 set. 2018.

BRANCO, J.G.O. *et al.* Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p.1877-1886, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 12.845, de 1 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-12-845-de-1-de-agosto-de-2013-30042912>. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública**: Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres - Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. 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, 2011 a. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma técnica**: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3. ed. atual. e ampl., 1. Brasília, 2012, p.124. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013.** Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-conjunta-no-1-de-16-de-janeiro-de-2013>. Acesso em: 03 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático:** promoção da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 48 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 17 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 8.901, de 10 de novembro de 2016.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em Comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21294097/do1-2016-11-11-decreto-n-8-901-de-10-de-novembro-de-2016-21294039. Acesso em: 29 dez 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 09 fev. 2020.

BRASIL. Portal da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde - Redes Prioritárias,** 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em: 29 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico].** 2.ed. 2016 a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 29 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 29 dez 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco>. Acesso em: 03 abr 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13931.htm. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. **Ministério Público**. 2019a. Disponível em: <https://www.mprs.mp.br/instituicao/quem-somos/>. Acesso em: 29 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos. **O que é Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM)?** Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/violencia/o-que-e-delegacia-especializada-no-atendimento-a-mulher-deam>. Acesso em: 29 dez. 2019.

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.

CAMPBELL, R. *et al.* The Impact of Sexual Assault Nurse Examiner Programs on Criminal Justice Case Outcomes: A Multisite Replication Study. **Violence Against Women**, v. 20, n. 5, p. 607-25, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801214536286>. Acesso em: 27 set. 2017.

CAMPBELL, R.; PATTERSON, D.; BYBEE, D. Prosecution of Adult Sexual Assault Cases: A Longitudinal Analysis of the Impact of a Sexual Assault Nurse Examiner Program. **Violence Against Women**, v. 18, n. 2, p. 223-44, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212440158>. Acesso em: 27 set. 2017.

CARTA DE TRANSDISCIPLINARIDADE. **I Congresso Mundial da Transdisciplinaridade**. Convento de Arrábida, Portugal: 2-6 nov. 1994. Disponível em: <http://unipazdf.org.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Carta-de-Transdisciplinaridade-1994.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2018.

CARVALHO, S.; MAGALHÃES, M.A.F.M.; MEDRONHO, R.A. Análise da distribuição espacial de casos da dengue no município do Rio de Janeiro, 2011 e 2012. **Rev Saude Publica**, n.51, v.79, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006239>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

CAVALCANTI, L. F. *et al.* Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, p. 1079-1091, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01079.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2018.

COLE, J. Structural, Organizational, and Interpersonal Factors Influencing Interprofessional Collaboration on Sexual Assault Response Teams. **Journal of Interpersonal Violence**, n. 33, v. 17, p. 2682-2703, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260516628809>. Acesso em: 20 jun. 2020.

COLUCI, M. Z. O; ALEXANDRE, N. M. C; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>. Acesso em: 27 set. 2017.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 4, e20160083, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160083>>. Acesso em: 27 set. 2017.

CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M.; KINALSKI, D.D.F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 37, n. esp, e2016-0056, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>. Acesso em: 27 set. 2017.

COSTA, M.C. *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, e59553, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>. Acesso em: 27 set. 2017.

COSTA, M.C. *et al.* Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, n. 9271, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2019.9271>. Acesso em: 09 fev. 2020.

DALLAGASSA, M.R. *et al.* Concepção de um modelo geoespacial aplicado na gestão à saúde. **Rev Bras Enferm**, n. 72, v. 2, p. 420-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0589>. Acesso em: 09 fev. 2020.

DAVIES, Kylie *et al.* Content validity testing of the ESAT ©: A decision aid tool for performing endotracheal suction in children. **Australian Critical Care**, v. 31, n. 1, p.23-30, jan. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2017.01.006>. Acesso em: 27 set. 2020.

DAWSON, A.J. *et al.* The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia. **Academic Emergency Medicine**, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13721>. Acesso em: 10 jul. 2019.

DELZIOVO, C.R. *et al.* Characteristics of sexual violence against adolescent and adult women reported by the public health services in Santa Catarina State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00002716>. Acesso em: 12 jan. 2019.

DELZIOVO, C.R. *et al.* Sexual violence against women and care in the health sector in Santa Catarina - Brazil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1687-96, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>. Acesso em: 12 jan. 2019.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev Med**, v. 92, n. 2, p. 134-40, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. Acesso em: 27 set. 2017.

FAÚNDES, A.; OSIS, M.J.D.; PÁDUA, K.S. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, v. 40, n. 6, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/trabalho_publicado/Maria%20Jose%200Martins%20Duarte%20Osis.pdf. Acesso em: 27 set. 2017.

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 set. 2018.

FLORIANÓPOLIS. **Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. 3. ed. Florianópolis, 2016. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/23_11_2016_13.37.46.7269a6ba1a24ac3c38cfl1b11a9cecb7.pdf. Acesso em: 29 mar. 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em: 02 nov. 2020.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n. 1, 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>. Acesso em: 16 abr. 2018.

GARCÍA, V.M.; SUÁREZ, M. M. Delphi method for the expert consultation in the scientific research. **Rev Cub Salud Pública**, v. 39, n. 2, p. 253-67, 2013. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=43748>. Acesso em: 22 jun. 2018.

GARCÍA-MORENO, C. *et al.* The health-systems response to violence against women. **Lancet**, v. 385, n. 9977, p. 1567-79, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7). Acesso em: 27 set. 2017.

GARRAFA, V.; PORTO, D. **Verbete:** Bioética de intervención. In: TEALDI, J.C. (Org.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008.

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.

GARRAFA, V; MARTORELL, L.B.; NASCIMENTO, W. F. Críticas ao principialismo 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: 20 set. 2018.

GMELIN, T. *et al.* Integrating Reproductive Health Services Into Intimate Partner and Sexual Violence Victim Service Programs. **Violência contra as mulheres**, v. 24, n. 13, p.1557-69. Disponível em: <http://doi:10.1177/1077801217741992>. Acesso em: 02 fev. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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 ago. 2016.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1997-2005, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>. Acesso em: 07 ago. 2020.

SILVA, J.G. *et al.* Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? **Saúde Soc. São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 187-200, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019180309>. Acesso em: 02 fev. 2020.

HASSE, M.; VIEIRA, E.M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde debate**, 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 ago. 2016.

HEFFRON, L.C. *et al.* Original research: Giving sexual assault survivors time to decide: an exploration of the use and effects of the nonreport option. **American Journal of Nursing**, v. 114, n. 3, p. 26-35, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444489.49091.10>. Acesso em: 27 set. 2017.

Hospital de Clínicas. **Complexo hospitalar**. Passo Fundo 2020. Disponível em: <http://hcpf.com.br/page/is/sobre/ver/2>. Acesso em: 02 nov. 2020.

Hospital São Vicente de Paulo. **Quem somos**. Passo Fundo 2020. Disponível em: <https://hsvp.com.br/quem-somos>. Acesso em: 02 nov. 2020.

IBIAPINA, E.; BERNARDES, A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 28, n. 1, p. 322-336, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902019170982>. Acesso em: 16 jul. 2018.

INOJOSA, R.M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **RAP**, v. 2, n. 2, p. 5-48. Mar./Abr. 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7698/6271>. Acesso em: 02 nov. 2020.

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: 12 jan. 2019.

JAKUBEC, S.L. *et al.* Identificación de las fortalezas, preocupaciones y necesidades educativas del Servicio Rural de Agresión sexual en las comunidades rurales y aborígenes de Alberta (Canadá). **Enfermería Global**, v. 12, n. 3, p. 409-26, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.3.174751>. Acesso em: 27 set. 2017.

JINA, R. *et al.* A cross-sectional study on the effect of post-rape training on knowledge And confidence of health professionals in South Africa. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 126, n. 2, p. 187-92, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.011>. Acesso em: 27 set. 2017.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde soc.** v.6 n.2, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12901997000200005>. Acesso em: 16 jul. 2020.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev Administração Pública**. v. 34, n. 6, 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>. Acesso em: 16 jul. 2020.

JURASKA, A. *et al.* Sexual Assault Services Coverage on Native American Land. **J Forensic Nurs**, v. 10, n. 2, p. 92-7, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.0000000000000025>. Acesso em: 27 set. 2017.

LANTHIER, S.; DU MONT, J.; MASON, R. Responding to Delayed Disclosure of Sexual Assault in Health Settings: A Systematic Review. **Trauma Violence Abuse**, v. 19, n.3, p. 251-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838016659484>. Acesso em: 27 set. 2017.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Rev. Eletr. Enf**, v. 17, n. 4, p. 01-08, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>. Acesso em: 27 set. 2017.

LIMA, C.A.; DESLANDES, S.F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde Soc**, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300005>. Acesso em: 27 set. 2017.

LIMA, H.S. *et al.* Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Rev. Enferm UFPE on line**, v. 7, n. 12, p. 6964-72, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12365>. Acesso em: 27 set. 2017.

LINO, M.M. *et al.* Aspectos epistemológicos de la nueva investigación em Enfermería: colaborativa, transdisciplinaria y translacional. **Index Enferm**, v. 26, n. 1-2, p. 118-122, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100027. Acesso em: 27 set. 2018.

MCMILLAN, L.; WHITE, D. “Silly Girls” and “Nice Young Lads”: Vilification and Vindication in the Perceptions of Medico-Legal Practitioners in Rape Cases. **Feminist Criminology**, v. 10, n. 3, p. 279-98, 2015. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557085115578163>. Acesso em: 27 set. 2017.

MÄDER, B.J.; HOLANDA, A.F.; COSTA, I.I. Pesquisa Qualitativa e Fenomenológica em Saúde Mental: Mapeamento como Proposta de Método Descritivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, e35439, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35439>. Acesso em: 09 fev. 2020.

MAFIOLETTI, T.M. *et al.* Violence against women: historical trajectory of a care program (Curitiba - 1997-2014). **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 6, p. 3081-9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0583>. Acesso em: 09 abr. 2019.

MARTINS, L.C.A. *et al.* Violência contra mulher: acolhimento na Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saude**, v.15, n. 3, p. 507-514, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.31422>. Acesso em: 10 maio 2020.

MASSAROLI, A. *et al.* Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e1110017, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>. Acesso em: 22 abr. 2018.

MLACHA, Y.P. *et al.* Fine scale mapping of malaria infection clusters by using routinely collected health facility data in urban Dar es Salaam, Tanzania. **Geospat Health**, v. 12, v. 494, p. 74-83, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4081 / gh.2017.494>. Acesso em: 09 fev. 2020.

MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2011.

MENEZES, P.R.M. *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc**, v. 23, n. 3, p. 778-86, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>. Acesso em: 27 set. 2017.

- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- MINAYO, M.C.S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, v. 10, n. 2, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5212/Emancipacao.v.10i2.435-442>. Acesso em: 18 out. 2020.
- MINAYO, M.C.S. Da inteligência parcial ao pensamento complexo: desafios da ciência e da sociedade contemporânea. **Política & Sociedade**, v.10, n.19, p. 41-56, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/21401>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- MINAYO, M.C.S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: Avanços e desafios. **Cien Saude Colet**, mar. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/institucionalizacao-do-tema-da-violencia-no-sus-avancos-e-desafios/16686?id=16686>. Acesso em: 18 out. 2020.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.
- MORAES, D.A. *et al.* Precarisation of dentistry in private healthcare: bioethical analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 705-714, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.01972017>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011. 120p.
- MOYLAN, C.A.; LINDHORST, T.; TAJIMA, E.A. Sexual Assault Response Teams (SARTs): Mapping a Research Agenda That Incorporates an Organizational Perspective. **Violence Against Women**, v. 21, n. 4, p. 516-34, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801215569607>. Acesso em: 27 set. 2017.
- MUNARETTO, L.F.; CORRÊA, H.L.; CUNHA, J.A.C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm., UFSM**, v. 6, n. 1, p. 09-24, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/view/6243>. Acesso em: 22 abr. 2018.
- OLIVEIRA, J. S. P.; COSTA, M. M.; WILLE, M. F.C.; MARCHIORI, P. Z. **Introdução ao Método Delphi**. Curitiba: Mundo Material, 2008 (manual didático). Disponível em: http://eprints.rclis.org/12888/1/cartilha_delphi_digital.pdf. Acesso em: 22 abr. 2018.
- OLIVEIRA, P.S. *et al.* Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Rev.Enferm. UFPE**, 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 DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acessado em: 20 set. 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **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:
31 ago. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas.** Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr1310/es/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

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. 351-58, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>. Acesso em: 27 set. 2017.

PARIZI, R.R C.; ALBUQUERQUE, A. Desigualdade, bioética e Direitos Humanos. **Rev. bioét.** v. 23, n. 2, p. 227-37, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232061>. Acesso em: 19 set. 2018.

PEDROSA, C.M. *et al.* 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.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 4, p.977-983, 20103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>. Acesso em: 02 nov. 2020.

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**, 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 ago. 2016.

PERSSON, S.; DHINGRA, K.; GROGAN, S. Attributions of victim blame in stranger and acquaintance rape: A quantitative study. **J Clin Nurs**, v. 27, n. 13-14, p. 2640-49, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14351>. Acesso em: 12 jan. 2019.

PINTO, L.S.S. *et al.* Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, v. 5, p. 1501-1508, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501501&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2018.

PLASSA, B.O. *et al.* Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20180021, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0021>. Acesso em: 10 maio 2020.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Editora: Artmed, 2011. 669p.

PREFEITURA DE PASSO FUNDO. **Turismo**. Passo Fundo, 2019a. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/secretaria.php?c=1069>. Acesso em: 29 dez. 2019.

PREFEITURA DE PASSO FUNDO. **Saúde**. Passo Fundo, 2019b. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/secretaria.php?c=328>. Acesso em: 29 dez. 2019.

PREFEITURA DE PASSO FUNDO. **Conselhos Municipais de Passo Fundo**. Passo Fundo, 2019c. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/secao.php?t=11&p=425#>. Acesso em: 29 dez. 2019.

PREFEITURA DE PASSO FUNDO. **Secretaria de Cidadania e Assistência Social**. Passo Fundo, 2019d. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/secao.php?t=11&p=425#>. Acesso em: 29 dez. 2019.

RAMASCO-GUTIÉRREZ, M. *et al.* Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. **Gac Sanit**, n. 31, v. 5, p. 432-35, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.026>. Acesso em: 09 fev. 2020.

REWORÊDO, L.S. *et al.* Content validation of an instrument for identifying violence against children. **Acta Paul Enferm**. v. 29, n. 2, p. 205-17, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000200205> Acesso em: 22 jun. 2018.

REYES, H.L.M. *et al.* An assessment of health sector guidelines and services for treatment of sexual violence in El Salvador, Guatemala, Honduras and Nicaragua. **Reprod Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 83-93, 2012. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40656-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40656-5). Acesso em: 27 set. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE. **Guia de Atendimento em Saúde às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Org. Grupo de Trabalho de Atenção às Pessoas em Situação de Violências. Porto Alegre: SES, 2019. 20 p. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201903/27140603-guia-2019-ses-rs.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Saúde da Mulher**. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/saude-da-mulher>. Acesso em: 02 nov 2020.

ROSS, J.R.; PEDROSA, A.O; PORTELA, N.L.C. Georreferenciamento do câncer do colo do útero na atenção primária. **Rev Rene**, v.18, n. 6, p. 803-09, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31096>. Acesso em: 16 jul. 2018.

SAAD, M. *et al.* Planning an intersectoral network of healthcare and community leaders to advance trans-affirming care for sexual assault survivors. **Healthcare Management Forum**, v. 33, n. 2, p. 65-69, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0840470419883661>. Acesso em: 05 jun. 2020.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016, 228 p. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 29 dez 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Notícias**. Porto Alegre, 2019a. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/aumenta-o-numero-de-servicos-de-referencia-que-atendem-a-casos-de-violencia-sexual-no-rs>. Acesso em: 11 mar 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES/RS). **Rede de atendimento IST/HIV/aids**. Porto Alegre, 2019b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/rede-de-atendimento-ist-hiv-aids>. Acesso em: 11 mar 2019.

SEHNEM, G.D. *et al.* Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, n. e62, p. 1-19, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769235061>. Acesso em: 09 fev. 2020.

SHAHALI, S. *et al.* Barriers to Healthcare Provision for Victims of Sexual Assault: A Grounded Theory Study. **Iran Red Crescent Med**, v. 18, n. 3, e21938, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5812/ircmj.21938>. Acesso em: 27 set. 2017.

SILVA, M. F.; JUNQUEIRA, L.A.P. Ação intersetorial na saúde. In: JUNQUEIRA, L.A.P.; CORÁ, M.A.J. (Orgs). **Redes sociais e intersetorialidade**. São Paulo: Tiki Books, 2016. 296 p. Disponível em: <https://dowbor.org/wp-content/uploads/2013/03/Redes-sociais-e-intersetorialidade-com-capa.pdf#page=173>. Acesso em: 02 nov. 2020.

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. 249-58, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf. Acesso em: 27 set. 2017.

SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Epidemiological characteristics of violence against women in the Federal District, Brazil, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 331-42, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200012>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SIT, V.; STERMAC, L. Improving Formal Support After Sexual Assault: Recommendations From Survivors Living in Poverty in Canada. **J Interpers Violence**, v.1, n. 886260517744761, 2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260517744761>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SMITH, J.R. *et al.* Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. **Confl Health**, v. 7, n. 14, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1505-7-1>. Acesso em: 27 set. 2017.

SOUSA, T.C.C. *et al.* Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. **Cad. Saúde Colet**, v. 27, n. 2, p. 117-23, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201900020059>. Acesso em: 27 jan. 2020.

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://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1994-9>. Acesso em: 10 jul. 2019.

TRENTIN, D. **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.

TRENTIN, D. *et al.* Abordagem a mulheres em situação de violência sexual na perspectiva da bioética. **Acta Bioethica**, v. 24, n. 1, p. 117-126, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-949314>. Acesso em: 05 jun. 20219.

TRENTIN, D. *et al.* Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. **Texto Contexto Enferm**, v. 28, e20180083, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0083>. Acesso em: 10 maio 2020.

TRENTIN, D. *et al.* Atendimento a mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa da literatura. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 4, e20180324, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0324>. Acesso em: 10 maio 2020.

TRENTIN, D. *et al.* Women in situations of sexual violence: potentialities and weaknesses of the intersectoral network. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 4, e20190856, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0856>. Acesso em: 10 maio 2020.

TRIGUEIRO, T.H. *et al.* Non-adherence to outpatient follow-up by women who experienced sexual violence. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 1, p. 02-09, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>. Acesso em: 16 abr. 2018.

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (UPF). **Projeto Clínica de Estudos, Prevenção, Intervenção e Acompanhamento à Violência - CEPAVI**. Passo Fundo, 2019a. Disponível em: <https://www.upf.br/IFCH/curso/psicologia/extensao/projeto-clinica-de-estudos-prevencao-intervencao-e-acompanhamento-a-violencia-cepavi>. Acesso em: 29 dez 2019.

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO (UPF). **Programa Projur Mulher e Diversidade**. Passo Fundo, 2019b. Disponível em: <https://www.upf.br/FD/curso/direito/extensao/programa-projur-mulher-e-diversidade>. Acesso em: 29 dez 2019.

VELLOSO, M.P. *et al.* Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, v. 14 n. 1, p. 257-271, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0257.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2018.

VIEIRA, L.J.E.S. *et al.* Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3957-65, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>. Acesso em: 27 set. 2017.

VREES, R.A. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. **Obstet Gynecol Surv**, v. 72, n. 1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/OGX.0000000000000390>. Acesso em: 10 jul. 2019.

WADSWORTH P.; VAN ORDER, P. Care of the Sexually Assaulted Woman. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 8, n. 6, p. 433-40, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2011.10.007>. Acesso em: 27 set. 2017.

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 ago. 2016.

WARSCHAUER, A.; CARVALHO, Y.M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100015>. Acesso em: 16 jul. 2020.

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, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>. Acesso em: 31 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines**. World Health Organization, 2013b. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women. Key facts**. World Health Organization, 2017a. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Acesso em: 19 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers**. World Health Organization, 2017b. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>. Acesso em: 19 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO: Addressing Violence Against Women: Key achievements and priorities**. World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/addressing-vaw-achievements-priorities/en/>. Acesso em: 10 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women Intimate partner and sexual violence against women - Evidence brief**. World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 09 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR). **Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing**

protocols for use in humanitarian settings. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rape-survivors-humanitarian-settings/en/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res**, v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945903252998>. Acesso em: 10 ago. 2020.

ZIJLSTRA, E. *et al.* Challenges in interprofessional collaboration: experiences of care providers and policymakers in a newly set-up Dutch assault centre. **Scand J Caring Sci**, v. 32, n. 1, p. 138-46, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.1243>.

APÊNDICE A - Roteiro para Entrevista

(Documento do estudo qualitativo que está inserido no Projeto: Rede intersetorial no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do RS/Brasil: análise na perspectiva da bioética; Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC) conforme parecer nº 1.353.999 e CAAE: 50935915.9.0000.0121 em 07 de dezembro de 2015).



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

(Documento do estudo qualitativo que está inserido no Projeto: Rede intersetorial no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual em um município do RS/Brasil: análise na perspectiva da bioética; Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC) conforme parecer nº 1.353.999 e CAAE: 50935915.9.0000.0121 em 07 de dezembro de 2015).



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

APÊNDICE C - Autorização 6ª CRS



SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL
6ª CRS - PASSO FUNDO
DANTS
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento da pesquisa "Mulheres em situação de violência sexual: articulação dos serviços e órgãos intersetoriais", sob responsabilidade das pesquisadoras Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas e doutoranda Daiane Trentin, e, como responsável legal pela instituição, autorizo a sua execução e declaro que acompanharei o seu desenvolvimento para garantir que será realizada dentro do que preconiza a Resolução CNS 466/12, de 12/09/2012 e complementares.

Solange M. Protti
Coord da Vigilância das Doenças e
Agravos Não Transmissíveis-6ª CRS
Passo Fundo-RS

Solange M. Protti
Saúde do Trabalhador
e DANTS
ID: 2518511 - 6ª CRS

6ª COORDENADORA REGIONAL DE SAÚDE
Rua Fagundes dos Reis, nº 270 - Centro - CEP 99010-070
Telefone 54-3112555 Fax 54-3111226 E-mail: 06crs@via-rs.net
Passo Fundo - RS

APÊNDICE D - Autorização Raivs

Florianópolis, 17 de julho de 2018.

A/C: REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL - RAIVS, Florianópolis/SC.

Assunto: Solicitação de autorização para utilização dos Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde do Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual.

Participando das reuniões mensais da RAIVS e conhecendo a exitosa aplicação do Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual; a doutoranda do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina Duiane Trentin, com o projeto de tese intitulado "Mulheres em situação de violência sexual: articulação dos serviços e órgãos intersetoriais", sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, e com o objetivo de propor a articulação dos serviços e órgãos intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual, na ótica dos profissionais, em um município do norte do Rio Grande do Sul; solicita a autorização para utilizar a avaliação dos Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde do Protocolo de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual; para adaptação nesse município.

Agradeço desde já a atenção, estando à disposição para fornecer outras informações.

Atenciosamente

Duiane Trentin

Doutoranda

Mara Vargas

Orientadora

Parecer da Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual - RAIVS, Florianópolis/SC:

Autorizamos a utilização do Protocolo RAIVS para utilização Tese Doutorado.

Nome	Instituição	Assinatura
<i>Cássia Clara Soares</i>	<i>SES / MCD</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Deborah C. Guimarães</i>	<i>OT. CONTINENTE</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Gaíthya Spinato</i>	<i>C.T. Centro</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Regiane Supriano Alves</i>	<i>C.T. Sul</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Milene Antunes</i>	<i>SMS / SVE</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>Sônia Polidoro</i>	<i>SMS / Promoção saúde</i>	<i>[Assinatura]</i>

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Juízes)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 Fax: +55 (48) 3721-9043
E-mail: secretariapen@ccs.ufsc.br - Home page: www.pen.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Participante:

Você está sendo convidado (a), como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: articulação dos serviços e órgãos intersetoriais. A pesquisa é desenvolvida pela doutoranda Daiane Trentin (RG nº: 8060416651 - SSP/RS - CPF nº: 966.501.680-68), com orientação da Profa. Dra. Mara Ambrosina Oliveira Vargas (pesquisadora responsável). Trata-se de uma pesquisa de cunho acadêmico, vinculada ao Curso de Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; área concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

A seguir seguem esclarecimentos acerca do objetivo da pesquisa para você decidir se quer ou não fazer parte do estudo e outras informações. Assim que você compreender o propósito da mesma, você deverá clicar em "Aceito" ao final do termo, se você quiser participar.

1. Natureza da pesquisa: a pesquisa tem como objetivo principal: propor a articulação dos serviços e órgãos intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual, na ótica dos profissionais, em um município do norte do Rio Grande do Sul. E objetivos específicos: identificar as potencialidades e fragilidades do atendimento intersetorial à mulher em situação de violência sexual; mapear os serviços e órgãos intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município; elaborar um Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual, a partir da avaliação do item: Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde - Protocolo RAIVS e dos documentos *online*: Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes; e Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

2. Participação na pesquisa e coleta de dados: se você concordar em participar da pesquisa, você fará parte do processo como especialista, respondendo os formulários enviados por e-mail aos participantes, que nesta pesquisa, será avaliar um fluxograma para atendimento à mulher em situação de violência sexual. Por esse tipo de registro não ser de forma escrita, você poderá ter acesso ao registro do consentimento ou do assentimento solicitando por meio do e-mail: daitrentin@yahoo.com.br.

3. Envolvimento na pesquisa: ao ser convidado para ser um dos participantes desta pesquisa você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

5. Riscos e desconforto: a pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que pode gerar constrangimento para este, assim este pode se recusar a participar em qualquer momento. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza em qualquer momento do percurso metodológico.

6. Benefícios: os benefícios esperados da pesquisa é que com a articulação dos serviços, que o fluxograma poderá proporcionar, esta rede de atendimento articulada contribuirá para assegurar a mulher em situação de violência sexual a integralidade da atenção, bem como aos profissionais o atendimento qualificado.

7. Confidencialidade: tratando-se de pesquisa com seres humanos ocorrerá a confidencialidade das informações. Somente serão divulgados dados diretamente relacionados aos objetivos da pesquisa. Os resultados serão utilizados para pesquisa, podendo ser apresentados em publicações científicas ou reuniões, contudo, você não será identificado e assim preservando sua privacidade.

8. Pagamento: não haverá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação. Porém, caso alguma despesa extraordinária associada e comprovadamente vinculada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos previstos pela lei, desde que seja devidamente comprovado esse custo vinculado diretamente a pesquisa. Igualmente, garantimos o direito à indenização por danos eventuais, comprovadamente vinculados à participação na pesquisa, de acordo com os termos previstos em lei, mesmo que o projeto não tenha recursos disponíveis para esse evento.

9. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos 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.

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. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com as pesquisadoras abaixo indicadas.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha o item que segue:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Declaro que compreendi os objetivos dessa pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios, envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: articulação dos serviços e órgãos intersetoriais.”

() Aceito participar da pesquisa () Não aceito participar da pesquisa

A pesquisadora coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos

Pesquisadora principal: Dda. Daiane Trentin

Telefone para contato: (54) 999587892; E-mail: daitrentin@yahoo.com.br

Pesquisadora responsável: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Telefone para contato: (48) 991423090; E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br

CEPSH – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Santa Catarina

Rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 401

Trindade – Florianópolis/SC CEP 88040-400

Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE F - Declaração Núcleo Vigilância Epidemiológica

Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura de Passo Fundo



Secretaria de Saúde - SMS

Passo fundo, 01 de dezembro de 2020.


DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins que, a doutoranda Daiane Trentin (RG nº: 8060416651 - SSP/RS), foi convidada para participar da elaboração do Fluxograma de Atendimento à População Adulta em Situação de Violência Sexual nas Primeiras 72 horas, no município de Passo Fundo\RS, sendo utilizado como um dos documentos base, o Fluxograma de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual nos Serviços de Referência da Saúde nas primeiras 72 horas; produto da pesquisa intitulada: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: articulação dos serviços e órgãos intersetoriais, vinculada ao Curso de Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; área concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Enf Raquel S. Carneiro

Chefe de Núcleo da Vigilância Epidemiológica Municipal

APÊNDICE G - Protocolo para Revisão Integrativa da Literatura


PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
I. RECURSOS HUMANOS Pesquisadora responsável: Dda. Daiane Trentin (1). Pesquisador orientador: Prof ^a . Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas (2).
II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 - Avaliação do protocolo: 2 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Triagem dos dados coletados: 1 - Avaliação crítica dos estudos com base no objetivo do protocolo: 1 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1 e 2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1 e 2 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 e 2 <p>* Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I.</p>
III. VALIDAÇÃO EXTERNA DO PROTOCOLO Prof ^a . Dra. Monica Motta Lino
IV. PERGUNTA Como o atendimento a mulheres em situação de violência sexual vem ocorrendo face ao atendimento intersetorial da equipe multiprofissional?
V. OBJETIVO Identificar como o atendimento a mulheres em situação de violência sexual vem ocorrendo face ao atendimento intersetorial da equipe multiprofissional.
VI. DESENHO DO ESTUDO Pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa, baseado nos pressupostos de Ganong (1987) que sistematiza as etapas de revisão integrativa. Etapas para a elaboração e desenvolvimento: <ol style="list-style-type: none"> 1) Elaboração da pergunta de pesquisa; 2) Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; 3) Seleção da amostra; 4) Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela no <i>Microsoft Word®</i>; 5) Análise dos resultados; 6) Discussão dos resultados;

7) Apresentação do estudo em forma de artigo científico.		
VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
a) artigos científicos;		
b) estudos publicados em português, inglês e espanhol, que contenham os TERMOS DE BUSCA listados nesse protocolo e publicados entre 2012 e 2017 (data final da busca: 27 de setembro).		
VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO		
a) estudos na modalidade de cartas, resenhas e editoriais;		
b) estudos duplicados;		
c) estudos que não contemplam o escopo do protocolo;		
d) estudos não disponíveis na íntegra;		
IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)		
Serão utilizados os seguintes termos de busca:		
Descritores	Palavras chave em português	Palavras chave em inglês e espanhol
Violência contra a mulher Violence against women Violencia contra la mujer	Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher OR Violência de Gênero	Domestic and Sexual Violence against Women / Violencia Doméstica y Sexual contra la Mujer OR Gender Violence / Violencia de género
Delitos Sexuais Sex Offenses Delitos Sexuales	Abuso Sexual OR Agressão Sexual OR Atentado ao Pudor OR Crimes Sexuais OR Ofensa Sexual OR Violência Sexual OR Injúria Sexual	Sexual abuse/ Abuso sexual OR Sexual Assault/ Agresión Sexual OR Indecent Assault/ Atentado al Pudor OR Sexual Crimes/ Crímenes Sexuales OR Sexual Offense/ Ofensa Sexual OR Sexual Violence/ Violencia Sexual OR Sexual Injury/ Injuria Sexual
Equipe de Assistência ao Paciente Patient Care Team Grupo de Atención al Paciente	Equipe de Cuidados de Saúde OR Equipe Interdisciplinar de Saúde OR Equipe Multiprofissional OR Equipe de Saúde	Health Care Team/ Equipo de Atención de Salud OR Interdisciplinary Health Team/ Equipo Interdisciplinario de Salud OR Multiprofessional Team/ Equipo multiprofesional OR Health Team/ Equipo de Salud
Profissionais de Enfermagem Nurse Practitioners Enfermeras Practicantes		

Pessoal de Saúde Health Personnel Personal de Salud	Profissionais da Saúde OR Trabalhador da Saúde	Health professionals/ Profesionales de la Salud OR Health Worker/ Trabajador de la Salud
---	--	---

BASES ELETRÔNICAS DE DADOS:

- **PubMed®:**

Base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida que foi desenvolvida pelo U.S. National Institutes of Health (NIH) e administrada pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI). De acesso público, indexa a literatura especializada nas áreas de ciências biológicas, enfermagem, odontologia, medicina, medicina veterinária e saúde pública.

- **CINAHL®:**

Indexa periódicos científicos sobre a enfermagem e áreas correlatas de saúde-a partir de 1981. É o recurso mais abrangente para a enfermagem e aliados literatura saúde, sendo uma das plataformas de pesquisa mais usados disponíveis. Pertence e é operado pela EBSCO Publishing.

- **LILACS®:**

A base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é produzida de forma cooperativa pelas instituições que integram o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e é coordenada pela Bireme. Contém referências bibliográficas na área da Saúde publicadas nos países da América Latina e do Caribe, desde 1982. Contém 605 revistas da área de Saúde, abrangendo mais de 290 mil registros.

- **SciELO®:**

É uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos. Surgiu a partir de um projeto de pesquisa da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo), em parceria com a Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). A partir de 2002, o Projeto conta com o apoio do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). A publicação eletrônica de periódicos científicos segue o modelo de Open Access, que disponibiliza de forma gratuita, na internet, os textos completos dos artigos de mais de mil revistas científicas do Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, Cuba, Espanha, México, Peru, Portugal e Venezuela. Também publica relatórios e indicadores de uso e impacto das revistas.

- **Scopus®:**

Base de dados que disponibiliza acesso a títulos de periódicos, revistas de livre acesso, anais de conferências, publicações comerciais e séries de livros favorecendo encontrar artigos de periódicos em diversas áreas do conhecimento.

PROPOSTA DE CRUZAMENTO:

PubMed®: (("sex offenses"[MeSH Terms] OR "Sexual Violence"[All Fields] OR "Violence Against Women"[All Fields] OR "Sex Offenses"[All Fields] OR "Sexual Offense"[All Fields] OR "Sexual Offenses"[All Fields] OR "Rape"[All Fields] OR "Rapes"[All Fields] OR "Sexual abuse"[All Fields] OR "Sexual abuses"[All Fields] OR "Sexual Assault"[All Fields] OR "Indecent Assault"[All Fields] OR "Sexual Crimes"[All Fields] OR "Sexual Crime"[All Fields] OR "Sexual Injury"[All Fields] OR "Sexual Injuries"[All Fields]) AND ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "woman"[All Fields] OR "spouses"[MeSH Terms] OR "spouses"[All Fields] OR "spouse"[All Fields] OR "wife"[All Fields])) AND ("patient care team"[MeSH Terms] OR "Patient Care Team"[All Fields] OR

"Health Care Team"[All Fields] OR "Interdisciplinary Health Team"[All Fields] OR "Multiprofessional Team"[All Fields] OR "Health Team"[All Fields] OR "Patient Care Team"[All Fields] OR "Health Care Teams"[All Fields] OR "Interdisciplinary Health Teams"[All Fields] OR "Multiprofessional Teams"[All Fields] OR "Health Teams"[All Fields] OR "Health Personnel"[MeSH Terms] OR "Health Personnel"[All Fields] OR "Field Workers"[All Fields] OR "Fieldworkers"[All Fields] OR "Healthcare Providers"[All Fields] OR "Field Worker"[All Fields] OR "Fieldworker"[All Fields] OR "Health Care Provider"[All Fields] OR "Healthcare Provider"[All Fields] OR "Health Care Providers"[All Fields] OR "Health professional"[All Fields] OR "Health professionals"[All Fields] OR "Nurse Practitioners"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[Title/Abstract] OR "nurse"[Title/Abstract]) AND (("2012/01/01"[PDAT] : "2017/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

CINAHL®: ("Sexual Violence" OR "Violence Against Women" OR "Sex Offenses" OR "Sexual Offense" OR "Sexual Offenses" OR "Rape" OR "Rapes" OR "Sexual abuse" OR "Sexual abuses" OR "Sexual Assault" OR "Indecent Assault" OR "Sexual Crimes" OR "Sexual Crime" OR "Sexual Injury" OR "Sexual Injuries") AND ("women" OR "woman" OR "spouses" OR "spouse" OR "wife") AND ("Patient Care Team" OR "Health Care Team" OR "Interdisciplinary Health Team" OR "Multiprofessional Team" OR "Health Team" OR "Patient Care Team" OR "Health Care Teams" OR "Interdisciplinary Health Teams" OR "Multiprofessional Teams" OR "Health Teams" OR "Health Personnel" OR "Field Workers" OR "Fieldworkers" OR "Healthcare Providers" OR "Field Worker" OR "Fieldworker" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Provider" OR "Health Care Providers" OR "Health professional" OR "Health professionals" OR "Nurse Practitioners" OR "nursing" OR "nurses" OR "nurse")

LILACS®: (tw:(("Violência sexual" OR "abuso sexual" OR "agressão sexual" OR "Violências sexuais" OR "abusos sexuais" OR "agressões sexuais" OR estupro OR estupro* OR "violência contra a mulher" OR "violência doméstica" OR "Delitos Sexuais" OR "Atentado ao Pudor" OR "Crimes Sexuais" OR "Crime Sexual" OR "Ofensa Sexual" OR "Ofensas Sexuais" OR "Injúria Sexual" OR "Injúrias Sexuais" OR "Sexual Violence" OR "Violence Against Women" OR "Sex Offenses" OR "Sexual Offense" OR rape OR rapes OR "Sexual abuse" OR "Sexual abuses" OR "Sexual Assault" OR "Indecent Assault" OR "Sexual Crimes" OR "Sexual Crime" OR "Sexual Injury" OR "Sexual Injuries" OR "Violencia contra la Mujer" OR "Delitos Sexuales" OR "Agresión Sexual" OR "Agresiones Sexuales" OR "Atentado al Pudor" OR "Crímenes Sexuales" OR "Crímene Sexual")) AND (mulher OR mulheres OR esposa OR esposas OR companheira OR companheiras OR women OR woman OR "spouses" OR "spouse" OR wife* OR mujer*)) AND (tw:(("Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipes Interdisciplinares de Saúde" OR "Equipe de Cuidados de Saúde" OR "Equipes de Cuidados de Saúde" OR "Equipe Interdisciplinar de Saúde" OR "Equipes Interdisciplinares de Saúde" OR "Equipe Multiprofissional" OR "Equipes Multiprofissionais" OR "Equipe de Saúde" OR "Equipes de Saúde" OR "Equipe de Saúde" OR "Pessoal de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissionais de Enfermagem" OR enfermagem OR enfermeir* OR "Patient Care Team" OR "Health Care Team" OR "Interdisciplinary Health Team" OR "Multiprofessional Team" OR "Health Team" OR "Patient Care Team" OR "Health Care Teams" OR "Interdisciplinary Health Teams" OR "Multiprofessional Teams" OR "Health Teams" OR "Health Personnel" OR "Field Workers" OR "Fieldworkers" OR "Healthcare Providers" OR "Field Worker" OR "Fieldworker" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Provider" OR "Health Care Providers" OR "Health professional" OR "Health

professionals" OR "Nurse Practitioners" OR nursing OR nurse* OR "Grupo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención de Salud" OR "Equipos de Atención de Salud" OR "Equipo Interdisciplinario de Salud" OR "Equipos Interdisciplinarios de Salud" OR "Equipo multiprofesional" OR "Equipos multiprofesionales" OR "Equipo de Salud" OR "equipos de salud" OR "Personal de Salud" OR "Proveedores de Atención en Salud" OR "Profesionales de la Salud" OR "Profesional de la Salud" OR "Enfermeras Practicantes" OR enfermeria OR enfermer*)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS") AND year_cluster:(("2014" OR "2015" OR "2013" OR "2012" OR "2016" OR "2017") AND type:(("article"))

SciELO®: ("Violência sexual" OR "abuso sexual" OR "agressão sexual" OR "Violências sexuais" OR "abusos sexuais" OR "agressões sexuais" OR estupro OR estupr* OR "violência contra a mulher" OR "violência doméstica" OR "Delitos Sexuais" OR "Atentado ao Pudor" OR "Crimes Sexuais" OR "Crime Sexual" OR "Ofensa Sexual" OR "Ofensas Sexuais" OR "Injúria Sexual" OR "Injúrias Sexuais" OR "Sexual Violence" OR "Violence Against Women" OR "Sex Offenses" OR "Sexual Offense" OR Rape OR Rapes OR "Sexual abuse" OR "Sexual abuses" OR "Sexual Assault" OR "Indecent Assault" OR "Sexual Crimes" OR "Sexual Crime" OR "Sexual Injury" OR "Sexual Injuries" OR "Violencia contra la Mujer" OR "Delitos Sexuales" OR "Agresión Sexual" OR "Agresiones Sexuales" OR "Atentado al Pudor" OR "Crímenes Sexuales" OR "Crímene Sexual") AND (Mulher OR mulheres OR esposa OR esposas OR companheira OR companheiras OR women OR woman OR "spouses" OR "spouse" OR wife* OR mujer*) AND ("Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipes Interdisciplinares de Saúde" OR "Equipe de Cuidados de Saúde" OR "Equipes de Cuidados de Saúde" OR "Equipe Interdisciplinar de Saúde" OR "Equipes Interdisciplinares de Saúde" OR "Equipe Multiprofissional" OR "Equipes Multiprofissionais" OR "Equipe de Saúde" OR "Equipes de Saúde" OR "Equipe de Saúde" OR "Pessoal de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissionais de Enfermagem" OR enfermagem OR enfermeir* OR "Patient Care Team" OR "Health Care Team" OR "Interdisciplinary Health Team" OR "Multiprofessional Team" OR "Health Team" OR "Patient Care Team" OR "Health Care Teams" OR "Interdisciplinary Health Teams" OR "Multiprofessional Teams" OR "Health Teams" OR "Health Personnel" OR "Field Workers" OR "Fieldworkers" OR "Healthcare Providers" OR "Field Worker" OR "Fieldworker" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Provider" OR "Health Care Providers" OR "Health professional" OR "Health professionals" OR "Nurse Practitioners" OR nursing OR nurse* OR "Grupo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención de Salud" OR "Equipos de Atención de Salud" OR "Equipo Interdisciplinario de Salud" OR "Equipos Interdisciplinarios de Salud" OR "Equipo multiprofesional" OR "Equipos multiprofesionales" OR "Equipo de Salud" OR "equipos de salud" OR "Personal de Salud" OR "Proveedores de Atención en Salud" OR "Profesionales de la Salud" OR "Profesional de la Salud" OR "Enfermeras Practicantes" OR enfermeria OR enfermer*)

Scopus®: TITLE-ABS-KEY("Sexual Violence" OR "Violence Against Women" OR "Sex Offenses" OR "Sexual Offense" OR Rape OR Rapes OR "Sexual abuse" OR "Sexual abuses" OR "Sexual Assault" OR "Indecent Assault" OR "Sexual Crimes" OR "Sexual Crime" OR "Sexual Injury" OR "Sexual Injuries") AND TITLE-ABS-KEY(women OR woman OR "spouses" OR "spouse" OR wife*) AND TITLE-ABS-KEY("Patient Care Team" OR "Health Care Team" OR "Interdisciplinary Health Team" OR "Multiprofessional Team" OR "Health Team" OR "Patient Care Team" OR "Health Care Teams" OR "Interdisciplinary Health Teams" OR "Multiprofessional Teams" OR "Health Teams" OR "Health Personnel" OR "Field Workers" OR "Fieldworkers" OR "Healthcare Providers" OR "Field Worker" OR "Fieldworker" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Provider" OR "Health Care Providers" OR "Health professional" OR "Health professionals" OR "Nurse Practitioners"

OR nursing OR nurse*) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR,2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2012)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Spanish")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE,"ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE,"re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE,"ip"))

X. COLETA DOS DADOS

A busca das publicações será realizada com o acesso às bases de dados supracitadas, pela pesquisadora responsável. Os dados obtidos pela pesquisadora serão submetidos às etapas de seleção e triagem. A via de acesso será a UFSC. Os artigos encontrados serão submetidos a próxima etapa do protocolo.

XI. CAPTAÇÃO DOS ARTIGOS

Após a busca dos artigos nas bases de dados, será realizada a leitura do título e do resumo, os artigos que atenderem o objetivo proposto pelo estudo serão submetidos a etapa seguinte do estudo.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ARTIGOS

Para análise dos estudos será realizada a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Conforme as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em uma tabela no *Microsoft Word®*; e analisados a partir das categorias que estão citadas abaixo. Dentro de cada categoria os dados serão agrupados por similaridade de ideias.

XIII. INFORMAÇÕES A SER EM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES/CATEGORIAS DE ANÁLISE

- Ano de publicação/ autor
- Título
- País/idioma
- Descritores ou Palavras-chave
- Base de dados de localização dos artigos
- Natureza da pesquisa
- Objetivo do artigo
- Método
- Resultados
- Conclusões
- Observações

XIV. DIVULGAÇÃO

O manuscrito será encaminhado para publicação em revista selecionada pelos pesquisadores.

XV. CRONOGRAMA

PERÍODO	2017					2018			
	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Elaboração do protocolo	X								
Validação do protocolo		X							
Busca dos artigos		X							
Triagem e seleção dos artigos			X	X	X				
Organização dos artigos em tabela						X			
Avaliação crítica dos artigos						X	X		
Análise dos dados coletados						X	X		
Discussão e conclusão								X	
Elaboração do artigo									X

XV. REFERÊNCIAS:

FORTE, E. C. N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros/as em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 141p.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 1

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 (SEMCA) 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.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Protocolo: 1.353.009

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 intersectorial de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nessa versão foram acrescentados os riscos no TGLE 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 da 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. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
 Balneário: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.353.899

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/RS 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)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.353.999

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	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_F PROJETO_623909.pdf	30/11/2015 10:35:44		Aceito
Outros	CARTA.pdf	30/11/2015 10:35:00	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	PROJETO1.pdf	28/11/2015 17:01:10	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	28/11/2015 16:58:58	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE.pdf	13/11/2015 10:23:12	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	PROJETO.pdf	13/11/2015 10:22:22	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	ANALISEDOCUMENTAL.pdf	10/11/2015 13:45:04	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	10/11/2015 13:44:18	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	10/11/2015 13:37:15	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	SMS.pdf	10/11/2015 13:32:51	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	SEMCA3.pdf	10/11/2015 13:32:06	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	MP.pdf	10/11/2015 13:31:11	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	H3VP.pdf	10/11/2015 13:30:19	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	HC.pdf	10/11/2015 13:28:41	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	DEAM.pdf	10/11/2015 13:27:47	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Outros	CEPAVI.pdf	10/11/2015 13:26:52	mara 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: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.253.999

Aprovado

Necessita Apreciação 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)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL: articulação dos serviços e órgãos Intersetoriais

Pesquisador: mara ambrosina de oliveira vargas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02536818.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.057.595

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado de Dalane Trentin sob orientação de Mara Ambrosina O. Vargas, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Estudo em duas etapas: a primeira qualitativa e a segunda metodológica, com 20 participantes. Critérios de Inclusão: A seleção dos juizes será intencional. A definição e identificação dos possíveis participantes do estudo será realizada a partir da busca nos locais citados a seguir: • Item A: Palestrantes do 17º Fórum Perinatal da Macrorregião Norte do Rio Grande do Sul, ocorrido em outubro de 2016, cujo tema abordado no foi "Linha de cuidado a mulher vítima de violência – Rede de Atenção x Relações Violentas – Que rede é essa? Justifica-se a esta escolha por ter sido um evento importante na macrorregião, que envolve municípios pertencentes das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): 11ª CRS (Erechim), 15ª CRS (Palmeira das Missões), 19ª CRS (Frederico Westphalen) e 6ª CRS (Passo Fundo); e pela programação científica do Fórum, que envolveu serviços e órgãos Intersetoriais de atendimento à mulher. • Item B: Profissionais que participaram da pesquisa do mestrado (TRENTIN, 2016). O acesso para contato com os participantes ocorrerá por meio do endereço eletrônico (para o Item B e para o Item A, além do email, por indicação da coordenadora das DANTs da 6ª CRS). Os participantes devem preencher os critérios de Inclusão: ser profissional de formação superior e atuar em um serviço ou órgão Intersetorial de atendimento à mulher em situação de violência sexual, com tempo mínimo de 1 ano de atuação nos serviços ou órgãos. • Item C: Professores cadastrados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.057.595

Tecnológico (CNPq), com os critérios de inclusão: ser doutor, pesquisador ou profissional da área da saúde com publicações de artigo acerca do tema (violência sexual contra a mulher) em periódico científico e/ou resumo sobre o tema em eventos nacional ou internacional no período de 2013 a 2018. O acesso ocorrerá com a consulta online do currículo Lattes dos profissionais por meio do recurso de busca avançada. Critérios de exclusão: não constam. Intervenções: Os dados da fase qualitativa vêm de outro estudo (CAAE: 50935915.9.0000.0121), o estudo metodológico, será desenvolvido em três fases: a primeira e segunda fase, o mapeamento e a elaboração do fluxograma de atendimento a mulheres em situação de violência sexual; e a terceira fase, a validação de conteúdo desse fluxograma por meio da técnica Delphi.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Propor a articulação dos serviços e órgãos intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual, com a elaboração e validação de Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual, em um município do norte do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário: Identificar as potencialidades e fragilidades do atendimento intersetorial à mulher em situação de violência sexual; Mapear os serviços e órgãos intersetoriais de atendimento à mulher em situação de violência sexual no município; Elaborar um Fluxograma para Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual, a partir da avaliação do item: Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde - Protocolo RAIVS e dos documentos online: Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes; e Rede de Entendimento à Violência contra as Mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Riscos: a pesquisa oferece riscos de incômodo e desconforto psicológicos ao participante à medida que pode gerar constrangimento com alguma informação que tome conhecimento, cansaço, ao ler e responder o formulário. Assim este pode se recusar a participar em qualquer momento. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa. De qualquer forma será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza em qualquer momento do percurso metodológico; e os pesquisadores arcarão com a devida reparação civil nos

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)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.057.595

termos indicados nos artigos 186.197 e 944CC/2002. Assim de acordo com o preconizado pelos III.2.o, IV.3.c e V.7 da Resolução CNS 466/2012, os participantes de pesquisa têm o direito de assistência integral e indenização. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pelo pesquisador, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso caso haja necessidade.

Benefícios: Os participantes não serão beneficiados diretamente. Entretanto, os benefícios esperados do estudo é que o fluxograma poderá proporcionar, promover a articulação dos serviços. Assim, esta rede de atendimento articulada contribuirá para assegurar à mulher em situação de violência sexual a integralidade da atenção, bem como aos profissionais o atendimento qualificado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela pesquisadora principal e pela coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Cronograma informando coleta de dados entre dezembro/18 e junho/2019. Declaração de concordância com a pesquisa, nos moldes da resolução 466/12, emitida pela Coordenadora 6ª CRS da Vigilância de Agravos Não Transmissíveis da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. TCLE aos juízes atende as exigências da resolução 466/12 e a forma de obter o consentimento está em acordo ao parecer da CONEP.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1238866.pdf	28/11/2018 07:08:52		Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	28/11/2018 07:08:01	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
TCLE / Termos de	Termo_juizes.docx	28/11/2018	mara ambrosina de	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.057.595

Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_juizes.docx	07:07:30	oliveira vargas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	17/10/2018 14:10:42	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	RAIVS.pdf	17/10/2018 14:09:16	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Documento_crs.pdf	15/10/2018 18:36:20	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	15/10/2018 18:34:16	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	15/10/2018 18:26:43	mara ambrosina de oliveira vargas	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FLORIANOPOLIS, 05 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

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) 3721-4004 E-mail: nen.comissao@ufsc.br

ANEXO C - Protocolo RAIVS

2 Fluxogramas de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual nos Serviços Especializados de Referência da Saúde

2.2 Pessoa com idade de 18 a 60 anos

Em caso de procura em outra porta de entrada da rede, o caso deve ser notificado e a pessoa deve ser encaminhada às unidades de referência.

