



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

**ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE PARA ATENÇÃO À MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

THIAGO ARTUR DE MORAIS

**MESTRADO PROFISSIONAL
2019**

THIAGO ARTUR DE MORAIS

**ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE PARA ATENÇÃO A MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Helena Borges Martins da Silva Paro.

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Hasse.

**UBERLÂNDIA
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M827e Morais, Thiago Artur de, 1986
2019 Estratégias educacionais em saúde para atenção a mulheres em
situação de violência sexual [recurso eletrônico] / Thiago Artur de
Morais. - 2019.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.
Coorientadora: Mariana Hasse.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.1255>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. 2. Violência contra a mulher. 3. Crime sexual.
4. Educação permanente. I. Paro, Helena Borges Martins da Silva, 1977,
(Orient.). II. Hasse, Mariana, 1980, (Coorient.). III. Universidade Federal
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV.
Título.

CDU: 61

FOLHA DE APROVAÇÃO

Thiago Artur de Moraes

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE PARA ATENÇÃO À MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Uberlândia, 21 de fevereiro de 2019

Banca Examinadora

Titular: Prof.^a Dr.^a Cláudia Costa Guerra
ESAMC Uberlândia

Titular: Prof.^a Dr.^a Marisa Aparecida Elias
Universidade Federal de Uberlândia

Presidente da banca: Prof.^a Dr.^a Helena Borges Martins da Silva Paro
Universidade Federal de Uberlândia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 09 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
Telefone: 34 3225-8628 - www.ppcsa.famed.ufu.br - copme@ufu.br



ATA

Ata da defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Defesa de Dissertação de Mestrado Profissional N° 001/PPCSA

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de Pesquisa 1: Epidemiologia da ocorrência de doenças e agravos à saúde

Projeto de Pesquisa de vinculação: Educação e qualidade de vida relacionada à saúde. Discente: **Thiago Artur de Morais** – Matrícula nº 11712PSC014 - Título do Trabalho: “**Estratégias educacionais em saúde para atenção a mulheres em situação de violência sexual**”. Às 14 h 30 min do dia vinte e um de fevereiro do ano de 2019, no Anfiteatro – Bloco 2 H - Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia reuniu-se a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professoras Doutoras: Cláudia Costa Guerra (ESANC - Uberlândia), Marisa Aparecida Elias (ESTES - UFU) e Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU) – orientadora do discente. Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa, Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU) apresentou a Comissão Examinadora e o discente, agradeceu a presença do público e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A seguir o senhor presidente concedeu a palavra aos examinadores que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, em sessão secreta, em face do resultado obtido, a Banca Examinadora considerou o candidato (X) aprovado, () reprovado. Esta defesa Dissertação de Mestrado Profissional Associado à Residência em Saúde é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação e regulamentação internas da UFU, em especial do artigo 55 da resolução 12/2008 do Conselho de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos às 18 horas. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Helena Borges Martins da Silva Paro, Membro de Comissão**, em 21/02/2019, às 16:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marisa Aparecida Elias, Membro de Comissão**, em 21/02/2019, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Costa Guerra, Usuário Externo**, em 19/03/2019, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?

19/03/2019

SEI/UFU - 1040452 - Ata



[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](#), informando o código verificador **1040452** e o código CRC **81795A0A**.

Referência: Processo nº 23117.013590/2019-47

SEI nº 1040452

À Deus, minha família, esposa, colegas e profissão.

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo”.*

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A atenção à saúde das mulheres compreende, entre várias propostas, o enfrentamento à violência sexual, considerada uma das manifestações de violência mais perversas e recorrentes que existem. Embora seja um grave problema de saúde pública, no Brasil, a formação dos profissionais de saúde para atenção integral a essa questão ainda é incipiente. **Objetivos:** Propor os processos básicos para construção de um Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, exploratório, qualitativo, apoiado em pesquisas bibliográfica e documental. **Resultados:** Apresentamos um modelo de construção de Plano, conjuntamente a recomendações temáticas, estratégias de ensino-aprendizagem e materiais sobre o tema. Sugerimos também um roteiro de atividades educacionais para educação permanente de profissionais de saúde. O material proposto pode ser adaptado à realidade dos serviços, conforme necessidades de saúde do território e de aprendizagem das equipes. **Conclusão:** O Plano pode apoiar profissionais e equipes no desenvolvimento de espaços de ensino-aprendizagem como resposta efetiva ao problema do cuidado intersetorial à mulheres vítimas de violência sexual.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Delitos sexuais; Educação continuada; Planejamento em saúde; Colaboração intersetorial.

ABSTRACT

Introduction: Women's health care includes, among several approaches, addressing sexual violence, considered one of the most perverse and recurrent manifestations of violence. Although it is a serious public health problem, in Brazil, the training of health professionals for a holistic interdisciplinary care for sexually assaulted women is still incipient. **Objectives:** We aimed to propose the basic steps for the development of a Permanent Health Education Plan on Sexual Violence against Women. **Method:** This is a descriptive, exploratory, qualitative study, supported by bibliographical and documentary research. **Results:** We present a plan construction model, together with thematic suggestions, teaching-learning strategies and materials on the theme. We also suggest a script of educational activities for the continuing education of health professionals. The proposed material can be adapted to the reality of the services, according to the health needs of the territory and the learning goals of health professionals. **Conclusion:** The plan can also help professionals and teams to foster teaching-learning spaces as an effective response to the problem of sexually assaulted women's care.

Keywords: Violence against women; Sex offenses; Education, continuing; Health planning; Intersectoral Collaboration.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Proposta metodológica para construção de Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres.....	52
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Recomendações de temas gerais e temas específicos sobre Violência Sexual contra Mulheres.....	53
Tabela 2. Recomendações de Estratégias Educacionais para ações de Educação Permanente em Saúde.....	54
Tabela 3. Recomendações de recursos e materiais relacionados ao tema da Violência Sexual contra Mulheres.....	55
Tabela 4. Roteiros de atividades educacionais para Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

EPS	Educação Permanente em Saúde
MS	Ministério da Saúde
PEPS	Plano de Educação Permanente em Saúde
PEPS-VSM	Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VSM	Violência Sexual contra Mulheres

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Violência Sexual contra Mulheres.....	16
3.2 Educação Permanente em Saúde.....	19
3.3 A Educação Permanente em Saúde como estratégia de enfrentamento à Violência Sexual contra Mulheres.....	21
4. OBJETIVOS	23
4.1 Objetivo geral.....	23
4.2 Objetivos específicos.....	23
5. CÓPIA DO ARTIGO SUBMETIDO	24
6. REFERÊNCIAS	59

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho perpassa minha trajetória enquanto psicólogo residente em Saúde Coletiva no Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (PRAPS-FAMED-UFU) e mestrando no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais.

Ao longo de três anos como residente e mestrando, tive experiências em diversos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os locais vivenciados, destaco a experiência no cenário de prática da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais. A relação entre Superintendência e Residência tinha como objetivo integrar ações de ensino e serviço, além de identificar situações-problema a serem enfrentadas para o desenvolvimento institucional do SUS.

No período de realização das atividades assistenciais e educacionais, enquanto psicólogo residente na Superintendência, pude participar de oficinas diagnósticas entre a Superintendência e os serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios que compõe sua região de referência. As oficinas tinham como objetivo levantar necessidades de saúde de cada contexto comunitário e de aprendizagem das equipes de saúde de dezoito municípios. Nesse período, pude acompanhar os relatos de diversos profissionais acerca de suas principais angústias de aprendizagem. Em um contexto de desafios, uma situação-problema destacou-se, convocando minha atenção e interesse de estudo. Trata-se da violência sexual contra mulheres (VSM) e a (in)capacidade de enfrentamento desse problema pelos profissionais e serviços de saúde que compõem a RAS.

Surgiu, assim, a proposta deste trabalho, que visa auxiliar equipes de saúde e outros dispositivos em seus processos de educação permanente para a atenção integral a mulheres vítimas de violência sexual.

2. INTRODUÇÃO

Embora prioritária no contexto nacional, pouca informação de qualidade foi produzida sobre a violência sexual contra mulheres (VSM) (CARVALHO; OLIVEIRA, 2016; CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017). Como determinantes dessa condição podemos citar: a) ser um tema com caráter de tabu, seja na academia ou na rede de atenção; b) subnotificação¹ dos casos de violência sexual e; c) ênfase em pesquisas que abordam a violência de maneira geral (FACURI *et al.*, 2013; CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017; IPEA, 2018; MOREIRA *et al.*, 2018). Essas variáveis conduzem os espaços de ensino, pesquisa e cuidado a ineficazes estratégias de enfrentamento à VSM (MOREIRA *et al.*, 2018).

Estudos nacionais expressam que os profissionais de saúde não se sentem capacitados em atuar frente às violências, especialmente VSM (FACURI *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2018). Existem lacunas entre as orientações técnicas e normativas do Ministério da Saúde (MS) e a realidade dos serviços que compõem o SUS: parte dos profissionais desconhecem as legislações vigentes e as diretrizes convencionadas para uma abordagem integral e humanizada dos casos de VSM (BRASIL, 2012; BEZERRA *et al.*, 2018). Esse contexto acaba por impor a muitas mulheres: violência institucional nos dispositivos de atenção, omissão de seus direitos via alegações de objeção de consciência, e ações ineficazes de prevenção e atenção à violência sexual (FACURI *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2018). A inadequação é reflexo da escassez de qualificação dos profissionais sobre VSM (FACURI *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2018). Nesse sentido, o debate sobre a capacitação profissional para o cuidado de questões referentes à violência sexual é inevitável (FACURI *et al.*, 2013; LIMA; DESLANDES, 2014; MOREIRA *et al.*, 2018).

Em âmbito nacional, algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas para ampliar a qualificação profissional sobre situações-problema, como a VSM. Dentre as principais medidas existentes, destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) (CARDOSO *et al.*, 2017). A EPS é uma proposta ético-político-pedagógica que visa qualificar os processos de trabalho na área da saúde (CARDOSO *et al.*,

¹ O Ministério da Saúde prevê, através da Portaria nº 104, a obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência sexual contra mulheres. No entanto, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (BRASIL, 2012).

2017). Trata-se de uma estratégia que se constitui a partir da análise de problemas na realidade dos serviços e, na construção coletiva de propostas educacionais para superá-los (CARDOSO *et al.*, 2017).

A Educação Permanente é fundamentada em uma estrutura inovadora de ensino-aprendizagem, por meio do vértice da educação problematizadora, da aprendizagem significativa e de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MITRE *et al.*, 2008; BERBEL, 2011; SIGNOR *et al.*, 2015). A EPS pode ser um caminho seguro diante da necessidade de aprendizagem de profissionais e equipes de saúde sobre o tema. No entanto, são restritas às publicações nacionais que promovem essa interface (FACURI *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2018).

Este trabalho visa estabelecer a relação entre EPS e VSM, entendendo que ações de ensino-aprendizagem podem se constituir em resposta efetiva para o enfrentamento à VSM e legitimação do cuidado integral as mulheres em situação de violência sexual.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A violência sexual contra mulheres

A VSM pode ser considerada uma das manifestações de violência mais cruéis já produzidas pela humanidade (DREZETT; PEDROSO, 2012). Historicamente, a VSM constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero², violação de direitos humanos, de direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres (DREZETT; PEDROSO, 2012; MELO; MELO, 2016). Trata-se de um fenômeno complexo, que aterroriza o imaginário de muitas mulheres, pode produzir vulnerabilidade, insegurança e contribuir para a perpetuação de uma cultura sexista e violenta (DREZETT; PEDROSO, 2012; MELO; MELO, 2016).

A VSM corresponde às seguintes situações - não limitando-se à elas: a) obrigar a mulher a participar de atos sexuais que causem desconforto ou repulsa; b) impedir o uso de métodos contraceptivos ou forçar a mulher a abortar; c) forçar matrimônio, gravidez ou prostituição por meio de coação, chantagem, suborno ou

² O conceito de gênero pode ser definido como uma percepção sobre as diferenças sexuais e, como se constroem significados culturais para essas diferenças, dando sentido para essas e, consequentemente, posicionando-as dentro de relações hierárquicas, incluindo as relações sociais e, mais precisamente, as relações entre homens e mulheres (Scott, 1989).

manipulação; d) limitar ou anular o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e; e) estupro (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre violência aponta que 35% das mulheres no mundo, sofreram violência física e (ou) sexual alguma vez na vida (OMS, 2012). No Brasil, estudo conduzido por Carvalho e Oliveira (2016) em todas as capitais nordestinas, entrevistou 11.141 mulheres entre 15 e 49 anos e, concluiu que 2,42% delas foram vítimas de violência sexual no ano anterior. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018) infere que se a prevalência no Brasil fosse igual à das capitais nordestinas, isso implicaria dizer que a cada ano cerca de 1,350 milhão de mulheres são vítimas de violência sexual. Ainda no Brasil, em 2016, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 22.918 eventos de VSM. O número, considerado elevado, representa aproximadamente metade dos casos notificados à polícia brasileira, no mesmo ano (IPEA, 2018).

Os sistemas nacionais de notificação apontam acréscimo significativo dos indicadores relacionados à VSM (IPEA, 2018). Tal crescimento pode decorrer de três hipóteses: a) aumento da prevalência da violência; b) aumento na taxa de notificação em resposta às inúmeras campanhas dos movimentos feministas e governamentais e, c) expansão e aprimoramento dos centros que registram as notificações (IPEA, 2018). Embora em expansão, as bases de informações nacionais ainda possuem uma grande subnotificação e não dão conta da dimensão do problema (IPEA, 2018).

Em termos causais, a VSM pode ser fortemente influenciada por fatores sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos (DREZETT; PEDROSO, 2012; MELO; MELO, 2016). É democraticamente perversa. A VSM ultrapassa questões de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião. Relaciona-se à uma construção histórica e social de opressão das mulheres em relação aos homens, que opera há séculos, de distintas formas e em diferentes culturas (DREZETT; PEDROSO, 2012; MELO; MELO, 2016).

As consequências da violência sexual são severas. A VSM tem efeitos nas esferas física e mental, no curto e longo prazos (FACURI, *et al.*, 2013). A experiência da violência sexual impacta negativamente na qualidade de vida, adoecimento e morte das mulheres, e pode trazer diversas consequências, as quais incluem a contaminação com infecções sexualmente transmissíveis (IST),

transtornos psiquiátricos, gravidez indesejada e aborto inseguro (FACURI, *et al.*, 2013; BEZERRA, *et al.*, 2018).

Cuidar dos casos de VSM também é função do SUS e dos profissionais que o representam (BRASIL, 2012). Mesmo que as consequências da violência sexual não se restrinjam ao campo da saúde, elas afetam de forma significativa o setor, uma vez que muitas vítimas adoecem, apresentam agravos e demandam atenção de diferentes níveis de saúde (GARCÍA-MORENO, 2015).

Dentre várias estratégias propostas pelo MS para legitimar o cuidado à VSM, podemos citar a Lei nº 12.845/2013, que garante o atendimento obrigatório e imediato no SUS às vítimas de violência sexual. De acordo com a lei, todos os hospitais da rede pública são obrigados a oferecer às vítimas de violência sexual o direito a um cuidado integralizado, que pode incluir: a) diagnóstico e tratamento de lesões no aparelho genital; b) amparo médico, psicológico e social; c) profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis; d) acesso a informações sobre seus direitos legais e sobre os serviços disponíveis na rede pública; e) interrupção de gravidez, se desejada.

A lei citada visa legitimar e fundamentar outras iniciativas do Governo Federal e MS como: a) o Decreto nº 7.958/2013 (humanização e adequação dos serviços de saúde); b) a Lei nº 10.778/2003 (notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher); c) a Lei nº 10.886/2004 (tipificação da violência doméstica no Código Penal Brasileiro); d) Lei nº 13.104/2015 (enfretamento ao feminicídio); e) Lei nº 10.224/2001 (dispõe sobre o crime de assédio sexual) (MOREIRA *et al.*, 2018). As leis, conjuntamente as normas técnicas do MS buscam fortalecimento da atenção integral à VSM (BRASIL, 2012; MELO; MELO, 2016).

Apesar de serem consideradas propostas potentes, elas não têm sido suficientes para legitimar o cuidado integralizado às mulheres vítimas de violência sexual (MACHADO, 2015; MADEIRO, DINIZ, 2016). Na prática, a violência sexual é, quase sempre, abordada de forma fragmentada (MOREIRA *et al.*, 2018). Existem sólidas barreiras como: a) insuficiência de informação e formação dos profissionais de saúde sobre VSM; b) centralização dos serviços de saúde; c) inadequação técnica dos profissionais de saúde para cuidarem de um problema tão complexo. Tais condições restringem a real efetivação do que fora pactuado pelas normas técnicas e legislações vigentes. A escassez de preparação voltada para a questão

se traduz em atuação profissional despreparada e incompleta diante dos casos de VSM.

Em um contexto em que as ações existentes não são suficientes para legitimar o cuidado de um problema tão significativo, a busca por novas estratégias de enfrentamento à VSM demonstra ser um caminho sem volta (IPEA, 2018). Nesse sentido, uma alternativa possível para ampliação da qualificação profissional e, conseqüentemente, atenção integral à mulher vítima de violência sexual, perpassa pela Educação Permanente em Saúde (FACURI *et al.*, 2013; LIMA; DESLANDES, 2014; MOREIRA *et al.*, 2018).

3.2 Educação Permanente em Saúde

Uma importante atribuição do Sistema Único de Saúde refere-se à formação contínua de seus trabalhadores (BRASIL, 2017). Compete ao SUS elaborar e implementar estratégias para qualificação de seus profissionais, conforme as necessidades de saúde de uma população e/ou território (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Cumprir com esse papel é um desafio. Para enfrentá-lo, o Brasil conta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS propõe a reorganização das metodologias de planejamento das ações de Educação Permanente em Saúde. A EPS corresponde a um conjunto de práticas pedagógicas crítico-reflexivas, que visa ampliar a capacidade resolutiva de equipes e trabalhadores sobre determinados temas e/ou situações-problema na área da saúde (BRASIL, 2004).

Conceitualmente, existe uma discussão teórico-metodológica entre as expressões Educação Continuada e Educação Permanente (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2017). Em uma definição possível, a Educação Continuada corresponde a ações educacionais destinadas às necessidades de aprendizagem de caráter mais pontual e individual, com base em metodologias tradicionais/transmissivas de ensino (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2017).

A Educação Continuada está relacionada à processos de aprendizado posteriores à formação inicial, sob a modalidade de capacitações e atualizações, dentre outros, de modo que, geralmente, parte de uma escolha pessoal do(a) trabalhador(a), podendo haver ou não relação com uma

necessidade do serviço. Ela compreende iniciativas educacionais que, por meio de programas curriculares previamente estruturados, objetivam a aquisição de um conhecimento e/ou habilidade específicos, lançando mão de conhecimentos técnico-científicos, administrativos e operacionais (BRASIL, 2017, p.7).

Já a EPS toma como ponto de partida uma interface entre as necessidades de saúde de uma comunidade e/ou território e as necessidades de aprendizagem de uma equipe. A EPS utiliza-se de estrutura inovadora de ensino-aprendizagem, com ênfase na educação problematizadora e em metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2017). Segundo Signor *et al.* (2015), essas considerações se traduzem da seguinte forma:

A educação permanente, nesse sentido, é a vertente que irrigará as mudanças com propostas efetivas, de acordo com as necessidades sentidas e evidenciadas no espaço de trabalho, devendo estar articulada com as necessidades de aperfeiçoamento da atenção e ao aprimoramento da gestão. As propostas de educação permanente, ainda, para serem efetivas precisam ser construídas de acordo com as necessidades dos trabalhadores e, de forma especial, das necessidades de saúde da população (p.7).

Os principais objetivos da EPS são: a) integrar ensino e serviço, produzindo interação constante entre os espaços de trabalho e os de formação; b) problematizar a realidade, promovendo a continuidade do processo ensino-aprendizagem dos trabalhadores a partir da reflexão e da crítica acerca dos problemas vivenciados na prática das equipes de saúde; c) produzir a cultura da educação por pares, onde os sujeitos possam construir coletivamente o conhecimento e, d) transformar o profissional de saúde em sujeito de saber, colocando-o no centro do processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2004; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; LIMA; RIBEIRO, 2016).

A concepção da EPS para o SUS é extremamente relevante, porque implica na ideia de que a formação dos profissionais de saúde deve superar a centralidade da atualização puramente individualista e, passar a englobar aspectos relacionados às necessidades dos territórios de saúde, das populações (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). A EPS corresponde a uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação e atenção no setor da saúde (BRASIL, 2004). Ela é capaz de mudar as práticas das equipes de saúde para melhorar o cuidado e a assistência à população.

Nesse sentido, a EPS pode ser considerada uma ferramenta potente para qualificação dos profissionais de saúde sobre o tema e, conseqüentemente, possibilitar cuidado integralizado a mulheres vítimas de violência sexual pela rede de atenção à saúde.

3.3 A Educação Permanente em Saúde como estratégia de enfrentamento à Violência Sexual contra Mulheres

O cuidado às mulheres vítimas de violência sexual, para ser efetivamente integral, deve ir além de ações assistenciais. Precisa preocupar-se com a promoção da saúde das mulheres, prevenção à violência e com a qualificação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2012; CARDOSO *et al.*, 2016).

Dados da literatura nacional afirmam que os profissionais de saúde não se consideram aptos para ofertar uma atenção qualificada e resolutiva às mulheres em situação de violência sexual (FACURI *et al.*, 2013; CARDOSO *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2018). A falta de formação sobre o tema, sobre a legislação, as políticas e os marcos legais, impõe obstáculos nesse processo, prejudicando o cuidado integral (FACURI *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2018). O estudo de Moreira *et al.* (2018) aborda essa condição afirmando que:

A escassez, na formação acadêmica, de preparação voltada para a questão se traduz em uma atuação profissional despreparada e incompleta diante dos casos de violência sexual. Os próprios participantes reconheceram que, devido a essa lacuna, ainda não conseguiam trabalhar em uma perspectiva integral, emancipatória e intersetorial. A precária qualificação torna-se um elemento complicador no direcionamento e na implementação de políticas públicas, e pode repercutir na falta de reconhecimento da problemática como campo de atuação do setor saúde (p.1044).

Desse modo, persistem os desafios à efetivação dos dispositivos técnicos e também legais de garantia dos direitos de cidadania das mulheres (FACURI *et al.*, 2013; MOREIRA *et al.*, 2018). O cenário de saúde nacional expressa uma necessidade de aprendizagem importante sobre VSM. As políticas públicas e os marcos legais que versam sobre a situação-problema postulam que a capacitação constante dos recursos humanos é uma estratégia elementar para a implementação do que está preconizado (MOREIRA *et al.*, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde, os trabalhadores do setor de saúde devem estar capacitados e aptos para adotar as medidas recomendadas nos protocolos técnicos e prestar atendimento humanizado (BRASIL, 2011). Nesse sentido, a EPS é defendida como uma ferramenta essencial para a melhoria do acolhimento e da atenção às mulheres em situação de violência sexual (GARCÍA-MORENO *et al.*, 2015; STEWART *et al.*, 2015).

Mesmo em expansão, a EPS ainda enfrenta severos desafios. As equipes de saúde, por exemplo, encontram dificuldades em: a) diagnosticar as necessidades de saúde das pessoas e de aprendizagem dos profissionais; b) planejar e executar ações educacionais - quanto ao conteúdo e metodologia de ensino e; c) sistematizar as atividades de ensino, especialmente a partir da construção de planos de educação permanente em saúde (MITRE *et al.*, 2008; BERBEL, 2011; SIGNOR *et al.*, 2015; CARDOSO *et al.*, 2017).

O plano de educação permanente em saúde (PEPS) é definido como um instrumento, composto por análises diagnósticas e diretrizes metodológicas, que permitem o planejamento, monitoramento e avaliação de ações educativas (BRASIL, 2000; BRASIL, 2017). Tem como objetivo organizar o processo de construção e execução de atividades de ensino-aprendizagem, com vistas a ampliar a capacidade resolutiva de profissionais e equipes de saúde sobre determinadas situações-problema (BRASIL, 2000; BRASIL, 2017). O processo de construção de um plano de educação permanente assume ímpar relevância, especialmente quando as ações de ensino tratam de temas complexos, como a VSM.

Diante do imperativo de ampliarmos as estratégias educacionais de enfrentamento à violência sexual contra mulheres, o desenvolvimento de um plano de educação permanente sobre este tema pode contribuir para: a) organizar os processos de formação e de trabalho nos serviços de atenção; b) ampliar as competências profissionais para enfrentamento à violência sexual e; c) potencializar o cuidado integral à saúde das mulheres vítimas de violência sexual.

Neste sentido, uma oportunidade de intervenção sobre os desafios citados é a elaboração de um estudo que fundamente a construção de um material teórico-pedagógico sobre EPS, PEPS e VSM. O material poderá apoiar as equipes de saúde na construção e execução de estratégias educacionais em saúde para atenção à mulheres em situação de violência sexual. Além de ampliar as competências profissionais sobre o tema, o produto do estudo poderá ainda, a partir

da ênfase na educação coletiva e por pares, transformar as práticas, os serviços e contribuir para a concretização de um sistema de saúde que tenha como pressuposto a humanização do cuidado e a descentralização da assistência e da formação.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Identificar, propor e analisar estratégias educacionais em saúde para atenção à mulheres em situação de violência sexual.

4.2 Objetivos específicos

Propor um método para construção de plano de educação permanente em saúde sobre violência sexual contra mulheres.

Recomendar temas, estratégias educacionais, materiais e roteiros de atividades educacionais sobre violência sexual contra mulheres.

Oferecer suporte conceitual, didático e metodológico para qualificação de profissionais de saúde sobre violência sexual contra mulheres.

5. CÓPIA DO ARTIGO SUBMETIDO

Artigo: Estratégias educacionais em saúde para atenção à mulheres em situação de violência sexual.

Título abreviado: PEPS-VSM.

Submetido à revista: Ciência e Saúde Coletiva.

Observação: Formatação do artigo conforme as normas da revista.

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS EM SAÚDE PARA ATENÇÃO À MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

RESUMO

A atenção à saúde das mulheres compreende, entre várias propostas, o enfrentamento à violência sexual, considerada umas das manifestações de violência mais perversas e recorrentes que existem. Embora seja um grave problema de saúde pública, no Brasil, a formação dos profissionais de saúde para atenção integral a essa questão ainda é incipiente. O objetivo deste trabalho é propor os processos básicos para construção de um Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, qualitativo, apoiado em pesquisas bibliográfica e documental. Apresentamos um modelo de construção de Plano, conjuntamente a recomendações temáticas, estratégias de ensino-aprendizagem e materiais sobre o tema. Sugerimos também um roteiro de atividades educacionais para educação permanente de profissionais de saúde. O material proposto pode ser adaptado à realidade dos serviços, conforme necessidades de saúde do território e de aprendizagem das equipes. O Plano pode apoiar profissionais e equipes no desenvolvimento de espaços de ensino-aprendizagem como resposta efetiva ao problema do cuidado intersectorial à mulheres vítimas de violência sexual.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Delitos sexuais; Educação continuada; Planejamento em saúde; Colaboração intersectorial.

EDUCATIONAL STRATEGIES DESIGNED TO THE INTERSECTORAL CARE OF SEXUALLY ASSAULTED WOMEN

ABSTRACT

Women's health care includes, among several approaches, addressing sexual violence, considered one of the most perverse and recurrent manifestations of violence. Although it is a serious public health problem, in Brazil, the training of health professionals for a holistic interdisciplinary care for sexually assaulted women is still incipient. We aimed to propose the basic steps for the development of a Permanent Health Education Plan on Sexual Violence against Women. This is a descriptive, exploratory, qualitative study, supported by bibliographical and documentary research. We present a plan construction model, together with thematic suggestions, teaching-learning strategies and materials on the theme. We also suggest a script of educational activities for the continuing education of health professionals. The proposed material can be adapted to the reality of the services, according to the health needs of the territory and the learning goals of health professionals. The plan can also help professionals and teams to foster teaching-learning spaces as an effective response to the problem of sexually assaulted women's care.

Keywords: Violence against women; Sex offenses; Education, continuing; Health planning; Intersectoral Collaboration.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde das mulheres é considerada uma das prioridades das políticas públicas de saúde no Brasil^{1,2}. Ela compreende, entre várias propostas, o enfrentamento à violência sexual contra mulheres (VSM). A VSM pode ser representada como qualquer ação que exponha a mulher à constrangimento no campo da sexualidade, seja presenciando ou

participando de uma relação não desejada pela mesma, mediante à intimidação, ameaça, coação ou uso da força¹. É possível afirmar que a experiência da violência sexual impacta negativamente na qualidade de vida das mulheres, podendo resultar em agravos como: infecções sexualmente transmissíveis, lesões corporais, transtornos mentais, gravidez indesejada e aborto inseguro^{2,3}.

Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre violência aponta que 35,0% das mulheres no mundo, sofreram violência física e (ou) sexual alguma vez na vida (OMS, 2012). No Brasil, estudo conduzido por Carvalho e Oliveira (2016) em todas as capitais nordestinas, entrevistou 11.141 mulheres entre 15 e 49 anos e, concluiu que 2,42% delas foram vítimas de violência sexual nos doze meses anteriores. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018) infere que se a prevalência no Brasil fosse igual à das capitais nordestinas, isso implicaria dizer que a cada ano cerca de 1,350 milhão de mulheres são vítimas de violência sexual.⁵

Ainda que graves, os achados representam apenas uma pequena parcela dos eventos de violência sexual que acontecem no território brasileiro^{5,6}. Pouca informação de qualidade foi produzida sobre a magnitude da violência sexual contra mulheres^{4,5}. Como justificativas a baixa produção podemos citar: a) ser um tema com caráter de tabu, seja na academia ou rede de atenção à saúde; b) subnotificação dos casos de violência sexual e; c) ênfase em pesquisas que abordam a violência de maneira geral^{5,6,7,8}. Essas variáveis conduzem os espaços de ensino, pesquisa e cuidado a ineficazes estratégias de enfrentamento à VSM^{7,8}.

As mulheres em situação de violência sexual vivenciam a violência institucional nos dispositivos de atenção, a omissão de seus direitos via alegações de objeção de consciência e o despreparo dos profissionais para prevenção e cuidado à violência sexual^{7,8}. Existem lacunas entre as orientações técnicas e normativas do Ministério da Saúde e a realidade dos serviços que compõe o Sistema Único de Saúde^{1,2}. A inadequação é reflexo da escassez de

qualificação dos profissionais sobre VSM^{7,8}. A literatura nacional mostra que os profissionais não se sentem capacitados em atuar frente às violências, especialmente quando se referem à violência sexual^{7,8}. Nesse sentido, o debate sobre a capacitação profissional para cuidado às questões referentes à violência sexual é inevitável^{7,8,9}.

Em âmbito nacional, algumas estratégias vêm sendo desenvolvidas para ampliar a qualificação profissional sobre situações-problema, como a VSM. Dentre as principais medidas existentes, destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS)¹⁰. A EPS é uma proposta ético-político-pedagógica que visa qualificar os processos de trabalho na área da saúde¹⁰. Trata-se de uma estratégia que se constitui a partir da análise de problemas na realidade dos serviços e, na construção coletiva de propostas educacionais para superá-los¹⁰. A EPS utiliza-se de uma estrutura inovadora de ensino-aprendizagem, principalmente através do vértice da educação problematizadora, da aprendizagem significativa e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem^{11,12,13}.

Mesmo em expansão, a EPS ainda enfrenta severos desafios. As equipes de saúde, por exemplo, encontram dificuldades em: a) diagnosticar as necessidades de saúde das pessoas e de aprendizagem dos profissionais; b) planejar e executar ações educacionais - quanto ao conteúdo e metodologia de ensino e; c) sistematizar as atividades de ensino, especialmente a partir da construção de planos de educação permanente em saúde^{10,11,12,13}.

O plano de educação permanente em saúde é definido como um instrumento, composto por análises diagnósticas e diretrizes metodológicas, que permitem o planejamento, monitoramento e avaliação de ações educativas^{14,15}. Tem como objetivo organizar o processo de construção e execução de atividades de ensino-aprendizagem, com vistas a ampliar a capacidade resolutiva de profissionais e equipes de saúde sobre determinadas situações-problema^{14,15}. O processo de construção de um plano de educação permanente assume ímpar relevância, especialmente quando as ações de ensino tratam de

temas complexos, como a VSM. No entanto, são restritas as publicações nacionais que promovem essa interface^{7,8,9}.

Diante do imperativo de ampliarmos as estratégias educacionais de enfrentamento a violência sexual contra mulheres, o desenvolvimento de um plano de educação permanente sobre este tema pode contribuir para: a) organizar os processos formação e de trabalho nos serviços de atenção; b) ampliar as competências profissionais para enfrentamento à violência sexual e; c) potencializar o cuidado integral à saúde das mulheres vítimas de violência sexual.

Este estudo visa propor os processos básicos para construção de um Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres (PEPS-VSM). Pretendemos ainda recomendar temas, estratégias educacionais, materiais e roteiros de atividades educacionais sobre violência sexual contra mulheres.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, qualitativo, apoiado em pesquisas bibliográfica e documental^{16,17,18}. Foi composto por três etapas: 1) pesquisa por materiais sobre violência sexual contra mulheres, educação permanente em saúde e plano de educação permanente em saúde; 2) visualização e/ou leitura, análise e seleção dos materiais e; 3) elaboração dos resultados e conclusão do estudo.

Foram perguntas norteadoras deste estudo: a) como desenvolver um plano de educação permanente em saúde sobre violência sexual contra as mulheres? b) quais temas, estratégias educacionais e materiais podem ser utilizados em ações de educação permanente em saúde sobre violência sexual contra mulheres? c) quais atividades educacionais podem compor um plano de educação permanente em saúde sobre violência sexual contra mulheres?

A pesquisa documental incluiu materiais audiovisuais nacionais e internacionais. Foi realizada a partir de buscas livres na *internet*, em sites vinculados ao Sistema Único de Saúde, Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e instituições que atuam com tema da violência contra mulheres. A coleta de dados foi desenvolvida a partir dos seguintes termos: “violência sexual contra mulheres”; “educação permanente em saúde”; “plano de educação permanente em saúde”; “estratégias educacionais de ensino-aprendizagem”.

A pesquisa bibliográfica incluiu artigos científicos nacionais e internacionais, políticas e diretrizes de saúde nacionais. O levantamento foi realizado nos portais de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde e *PubMed*. A busca pelas publicações foi desenvolvida a partir dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e respectivos *Medical Subject Headings* (MeSH): “Educação Continuada/*Education, Continuing*”; “Educação em Saúde/*Health Education*”; “Violência contra a Mulher/*Violence Against Women*”; “Delito Sexual/*Sex Offenses*” e “Estupro/*Rape*”.

Os materiais foram selecionados por critério de conveniência^{16,17}, a partir de dados que tratavam: a) do tema da violência sexual contra mulheres; b) da educação permanente em saúde como estratégia de qualificação profissional e; c) do plano de educação permanente em saúde como instrumento para organização de atividades educacionais.

A análise dos dados pautou-se na análise de conteúdo temática¹⁸. Em termos de trajetória analítica, correspondeu as três etapas preconizadas pela análise temática: 1) pré-análise (visualização e/ou leitura geral dos materiais pesquisados); 2) exploração do material (identificação de conteúdos relacionados às questões de estudo) e; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (elaboração de síntese interpretativa).

O referencial teórico utilizado para interpretar e selecionar os dados foi a aprendizagem significativa^{19,20}. A aprendizagem significativa pressupõe que: a) os processos de formação devem promover uma interface entre as necessidades de saúde das pessoas e as

necessidades de aprendizagem dos profissionais; b) construção de novos saberes se dá por meio da identificação, análise e resolução de problemas da realidade e; c) os percursos educacionais perpassam a produção de autonomia e corresponsabilização dos educandos pela sua aprendizagem^{19,20}.

RESULTADOS

As pesquisas documental e bibliográfica possibilitaram a elaboração de uma proposta metodológica para construção de um PEPS-VSM (Figura 1) e um conjunto de recomendações temáticas, de estratégias educacionais, materiais e roteiros de atividades educacionais sobre violência sexual contra mulheres (Tabela 1, Tabela 2, Tabela 3 e Tabela 4).

A análise dos dados resultou em três eixos temáticos, que representaram a síntese interpretativa deste estudo, descritas a seguir.

Eixo 1: Etapas para elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres

A partir de referências encontradas na literatura nacional^{14,15}, definimos o processo de elaboração de um plano de educação permanente em saúde com base em três etapas básicas, conforme Figura 1. Neste eixo temático apresentamos cada uma das três etapas, conjuntamente as suas respectivas orientações de desenvolvimento.

Etapa 1: Composição do Grupo de Trabalho

A primeira etapa para construção de um plano de PEPS-VSM refere-se à composição do Grupo de Trabalho (GT)^{14,15}. O GT corresponde aos atores envolvidos no processo de construção e execução do plano. Em saúde, os atores são indivíduos, grupos ou instituições capazes de interferir de forma ética e/ou política numa determinada situação, de acordo com um projeto próprio^{14,15}.

Os atores presentes em cada GT podem ser definidos a partir de dois papéis fundamentais: participantes e facilitadores. Os participantes correspondem aos atores envolvidos no processo de qualificação via educação permanente. Os facilitadores são moderadores do processo ensino-aprendizagem que atuam na elaboração e na execução do plano. Os facilitadores articulam o desenvolvimento das atividades educacionais, promovendo espaços de discussão e construção coletiva do conhecimento. Participantes e facilitadores podem ser representados por aqueles que atuam em atividades e/ou cenários de cuidado à saúde de um determinado território: gestores, profissionais, representantes sociais, docentes e discentes de instituições de ensino^{14,15}.

A seleção dos participantes e facilitadores para composição do GT deve ser a mais ampla possível^{14,15}. Nesse sentido, a busca por parcerias na formação do grupo de trabalho é fundamental. É recomendado que sejam consultados e convidados representantes de diversos dispositivos de cuidado presentes no contexto de aplicação do plano. No âmbito da violência sexual contra as mulheres, esses representantes podem ser identificados a partir das redes de enfrentamento e de atendimento à violência sexual⁴⁷.

Conceitualmente, rede de enfrentamento diz respeito um conjunto de instituições/serviços governamentais e não-governamentais⁴⁷. Embora não sejam dispositivos especializados em VSM, visam o desenvolvimento de estratégias que possibilitem o cuidado e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência sexual. São serviços/instituições, que compõem a rede de enfrentamento às mulheres vítimas de violência

sexual: 1) Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); 3) Hospitais gerais; 4) Serviços de urgência e emergência; 5) Delegacias comuns; 6) Polícia Militar; 7) Polícia Federal; 8) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); 9) Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS); 10) Instituições de Ensino Superior (IES)⁴⁷.

A rede de atendimento, faz referência ao conjunto de ações e serviços especializados ao cuidado à violência sexual contra mulheres⁴⁷. Essa rede visa à ampliação e melhoria da atenção integral às mulheres em situação de violência sexual a partir da integralidade e humanização do atendimento⁴⁷. A rede de atendimento pode ser composta por: 1) Casa da Mulher Brasileira; 2) Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180; 3) Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher); 4) Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM); 5) Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; 6) Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante; 7) Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas; 8) Ouvidoria da Mulher; 9) Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos (tráfego de pessoas); 10) Organizações não-governamentais voltadas para o atendimento aos casos de violência sexual⁴⁷.

Os dispositivos disponíveis em cada uma das redes variam de acordo com cada contexto comunitário⁴⁷. Para construção do GT cada PEPS-VSM, recomendamos que sejam consultados representantes das redes de enfrentamento e atendimento, caso existentes em nível local/regional e haja possibilidade de parceria intersetorial. Consultar vários representantes pode legitimar a concepção de qualificação em redes, com variada representatividade institucional e profissional⁶⁰. Esse movimento é um passo importante para coletivizarmos as ações de formação nos espaços de trabalho.

Etapa 2: Análise diagnóstica

A segunda etapa elaborativa do PEPS-VSM corresponde a uma análise contextualizadora da situação-problema VSM^{14,15}. Para essa etapa propomos o desenvolvimento de duas análises diagnósticas: das necessidades de saúde e das necessidades de aprendizagem.

Diagnóstico das necessidades de saúde: trata-se de uma ação que convoca o GT a refletir sobre as possíveis formas de manifestação da violência sexual contra mulheres em seu contexto de trabalho^{14,15}. As manifestações compreendem incidência, prevalência, determinantes sociais e oportunidades de intervenção sobre a situação-problema.

Na Tabela 4, Atividade Educacional 1, sugerimos um roteiro para que o grupo de trabalho realize o diagnóstico das necessidades de saúde de sua comunidade. No roteiro proposto, os facilitadores devem apoiar os participantes a investigarem o seu território de saúde e demais campos onde o problema potencialmente se manifesta. A investigação pode tomar como partida o conhecimento prévio dos participantes sobre o território, como também, promover busca de dados em outras fontes.

Listamos alguns exemplos de fontes de dados sobre violência contra mulheres para consulta: 1) Dados das delegacias de mulheres e geral; 2) Dados das Secretarias de Segurança Pública Estaduais; 3) Dados das Secretarias e Coordenadorias da Mulher nos estados e municípios; 4) Dados do Ligue 180; 5) Entrevistas com mulheres e familiares moradoras dos territórios; 6) Estatísticas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; 7) Pesquisa no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); 8) Pesquisas acadêmicas e de instituições de saúde; 9) Relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e

do Sistema e-SUS Atenção Básica; 10) Dados da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres⁴⁷.

Os dados levantados durante a atividade educacional devem ser registrados e serão utilizados para a documentação do PEPS-VSM. Após registro e definido um diagnóstico do problema no território de atuação do GT, é necessário que se avalie as necessidades de aprendizagem dos participantes do plano.

Diagnóstico das necessidades de aprendizagem: corresponde a uma ação que tem como objetivo verificar quais recursos técnico-teóricos e éticos, os participantes da educação permanente dispõe para enfrentamento à VSM^{14,15}.

Para essa análise, sugerimos, na Tabela 4, Atividade Educacional 1, um roteiro para levantamento das necessidades de aprendizagem dos participantes. Trata-se de uma tentativa de promover uma análise crítico-reflexiva dos recursos e fragilidades de trabalhadores e equipes, para enfrentamento à VSM. Essa análise propõe a definição de quais são as principais fragilidades momentâneas dos participantes e, caso necessário, do grupo de trabalho como um todo. As fragilidades, priorizadas pelos próprios participantes, devem orientar a definição de quais devem ser atividades educacionais a serem executadas no respectivo PEPS-VSM.

Novamente, as informações levantadas e priorizadas durante a atividade educacional devem ser registradas. As necessidades priorizadas representam o caminho mais significativo para qualificação do grupo, via EPS.

Etapa 3: Documentação e execução do Plano de Educação Permanente sobre Violência Sexual contra Mulheres

Após formação do GT e análise diagnóstica, o próximo passo corresponde à documentação e execução do PEPS-VSM. Executar o plano representa colocá-lo em

prática^{14,15}. Documenta-lo significa registra-lo^{14,15}. Sua documentação é de suma importância, pois o registro das atividades educacionais pode ser considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviços no SUS. Alguns dispositivos, como o Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), analisam o desempenho das equipes e fornecem subsídios financeiros para as equipes, com base em ações que foram adequadamente desenvolvidas e registradas⁶¹.

Para que cada GT proponente de um PEPS-VSM possa documentar e executar seus projetos, recomendamos um modelo de formatação documental, com base nos seguintes tópicos: **Introdução, Justificativa, Objetivos, Método, Monitoramento e Avaliação**, conforme Figura 1.

A **Introdução** corresponde à uma apresentação sintetizada de cada plano de educação permanente sobre violência sexual contra mulheres^{14,15,21}. A introdução pode conter: a) descrição do grupo de trabalho (quem são os facilitadores e participantes do plano); b) contextualização do território de saúde e/ou serviço de atenção (qual território adstrito do grupo de trabalho, suas principais características geográficas, sociais, demográficas e epidemiológicas) e; c) análise de como a situação-problema da violência sexual contra mulheres se inscreve no cotidiano da equipe (síntese das informações que o grupo de trabalho levantou durante as análises diagnósticas)^{14,15,21}.

A **Justificativa** contempla a relevância em se propor as atividades educacionais no contexto do grupo de trabalho^{14,15,21}. A estrutura da justificativa pode conter desde as questões mais gerais até as mais específicas do território, apontando os desdobramentos para o desenvolvimento dos profissionais, cuidado da população e, ainda, as direções possíveis para agir sobre o problema¹⁶. Indica-se elencar as principais informações coletadas na etapa diagnóstica, de forma que elas possam respaldar a justificativa do plano.

Embora a justificativa tenha relação direta com as análises diagnósticas realizadas por cada GT, o tema da VSM possui justificativas consideradas transversais ao contexto de saúde brasileiro: a) a magnitude do problema da violência sexual contra as mulheres (alta incidência e prevalência da situação-problema no cenário nacional); b) as implicações da violência sexual na vida das mulheres e para os serviços de saúde (os agravos gerados pela violência e o impacto destes na atenção à saúde) e; c) necessidade de ampliação da qualificação dos profissionais para atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência sexual (trata-se de um fenômeno complexo que exige dos profissionais, competências técnicas e relacionais específicas)⁶⁰.

Os **Objetivos**, por sua vez, correspondem às intencionalidades educacionais PEPS-VSM^{14,15,21}. Eles apontam o que se espera alcançar, em termos de qualificação e resposta à situação-problema, com o desenvolvimento do plano. Este tópico poderá ser estruturado na forma de objetivo geral e objetivos específicos. O objetivo geral constitui a ação principal do plano. Os objetivos específicos representam os passos necessários para se alcançar o objetivo geral. Ambos devem ser redigidos utilizando verbos no infinitivo.

A literatura nacional sobre violência sexual contra mulheres refere alguns objetivos comuns, que podem ser utilizados em cada plano⁶⁰. Objetivo geral: Promover educação permanente em saúde para melhoria da gestão e do cuidado integral a à violência sexual contra mulheres⁶⁰. Objetivos específicos: a) sensibilizar profissionais de diferentes setores para a magnitude da violência sexual e seus impactos na saúde e qualidade de vida das mulheres; b) legitimar a execução de leis, normas e diretrizes nacionais sobre violência sexual contra as mulheres e efetivar o cuidado em redes e; c) promover o desenvolvimento de competências - conhecimentos, habilidades e atitudes – aos profissionais para atenção integral às mulheres em situação de violência sexual⁶⁰.

O **Método**, em termos de estrutura, representa o conjunto de atividades educacionais que comporão os encontros educativos do PEPS-VSM^{14,15,21}. Para a organização de cada encontro de educação permanente em saúde, sugerimos uma “Matriz para sistematização das atividades educacionais”, conforme Figura 1. A primeira e a segunda coluna da matriz correspondem aos temas que serão trabalhados em cada encontro educacional com seus respectivos objetivos. Outras colunas podem ser acrescentadas na matriz, como data, horários, responsáveis, custos, de acordo com as necessidades de cada GT^{14,15,21}.

O **Monitoramento e a Avaliação** correspondem ao acompanhamento sistemático e contínuo das ações previstas no plano. O monitoramento, especificamente, visa examinar o desenvolvimento e cumprimento dos objetivos propostos em cada atividade educacional do plano. A avaliação, por sua vez, tem como objetivo principal verificar os resultados formativos do plano^{14,15,21}. Monitoramento e avaliação representam as ferramentas para um *feedback* contínuo da qualificação profissional. Para o PEPS-VSM o monitoramento pode ser realizado em cada encontro do plano, e a avaliação, no final de sua execução^{14,15,21}.

Na tabela 4, Atividade Educacional 7, sugerimos um roteiro que pode ser utilizado ao final de cada encontro e após execução do plano. Esse roteiro corresponde à uma estratégia para que os facilitadores possam monitorar e avaliar o seu próprio plano. É possível utilizar outras formas para monitorar e avaliar cada PEPS-VSM. Os facilitadores podem, por exemplo, criar uma escala ou questionário para cada encontro e/ou para todo o plano. O caráter criativo, científico e adaptativo é fundamental ao GT ao eleger suas técnicas de monitoramento e avaliação.

Ao término de toda documentação do PEPS-VSM, indicamos também que sejam descritas as referências consultadas para sua elaboração. Essa ação legitima o caráter técnico-científico do instrumento e possibilita a todos os participantes um apoio referencial às temáticas trabalhadas.

Eixo 2: Temas, estratégias educacionais e materiais para Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres

Este eixo apresenta um conjunto de recomendações temáticas, metodológicas e de materiais sobre VSM. O objetivo das recomendações é auxiliar cada GT na elaboração e composição dos conteúdos de seus próprios PEPS-VSM.

De início, recomendamos um conjunto de temas sobre VSM, sendo: quatro gerais e doze específicos, conforme Tabela 1. Estes temas podem ser utilizados pelos facilitadores de acordo com as necessidades de aprendizagem dos participantes de seu plano⁶⁰. Os temas gerais apresentados correspondem a uma espécie de currículo básico⁶⁰. Eles representam uma perspectiva generalista da violência sexual contra mulheres. Já os temas específicos correspondem à uma abordagem ampliada da VSM. Temas gerais e específicos podem ser adaptados às atividades educacionais propostas em cada plano.

Recomendados os temas, indicamos um conjunto de estratégias educacionais, conforme Tabela 2. As estratégias de educacionais são definidas como técnicas ou métodos que facilitadores e participantes utilizam para compartilhar informações, experiências e construir coletivamente novos saberes^{12,13,19,20}. As estratégias que sugerimos estão conceitualmente vinculadas aos pressupostos da aprendizagem significativa. Elas são baseadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem^{12,13,19,20}.

As MAEA representam uma proposta pedagógica que têm como principal característica colocar o sujeito no centro do processo educativo^{12,13}. No contexto da saúde, as metodologias ativas objetivam formar profissionais como sujeitos sociais, com competências éticas, técnicas, políticas, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões do trabalho e da sociedade^{12,13}. A adoção de estratégias baseadas em metodologias ativas visa ampliar,

aprofundar, fortalecer a criatividade e a participação dos educandos sobre a VSM. Para uma compreensão ampliada das estratégias disponibilizadas, recomendamos que os facilitadores consultem as referências metodológicas expressas na Tabela 2.

Recomendados os temas, objetivos e sugeridas as estratégias educacionais, propomos um conjunto de recursos e materiais sobre VSM, conforme Tabela 3. Os materiais sugeridos foram selecionados conforme pesquisas realizadas. Os recursos e materiais expressos na Tabela 3, foram correlacionados aos Temas Gerais presentes na Tabela 1. Essa correlação é uma tentativa de orientar os facilitadores na busca e definição dos materiais que eles utilizarão em cada atividade educacional. Destacamos que esses materiais representam apenas uma parcela das possibilidades de recursos existentes sobre o tema e, não devem limitar a criatividade dos grupos na busca por outras informações.

Eixo 3: Roteiro de Atividades Educacionais sobre Violência Sexual contra Mulheres para Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra as Mulheres

Por fim, sugerimos cinco roteiros de atividades educacionais sobre VSM que podem compor o método de cada PEPS-VSM, conforme Tabela 4. As atividades educacionais propostas na Tabela 4 são: 3, 4, 5, 6 e 7. As cinco atividades correspondem a uma proposta geral de qualificação sobre VSM. São como um currículo básico. Os facilitadores podem optar por executar o PEPS-VSM de acordo com o roteiro proposto. A escolha, no entanto, deve estar alinhada às necessidades de saúde de seu território e às necessidades de aprendizagem de seus participantes.

Atividade educacional 3 (Tabela 4), tema “A violência sexual contra as mulheres” tem como objetivo disparar a discussão sobre VSM. Parte do pressuposto que a violência sexual é

um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher no Brasil^{1,2,8}. Visa sensibilizar profissionais de diferentes setores para a magnitude da violência - estatísticas nacionais, regionais e locais. É importante por possibilitar uma incursão introdutória ao problema e contextualiza-los à realidade das equipes e serviços de saúde^{1,2,8}.

Atividade educacional 4 (Tabela 4), tema “Normas e legislações sobre violência sexual contra mulheres” tem como objetivo o conhecimento, análise e compreensão técnico-normativa das publicações referenciais sobre VSM. O estudo das normas e legislações pode atuar como forma de empoderamento dos profissionais, na atenção integral às mulheres^{1,2,8}. O empoderamento os aproxima dos caminhos adequados a serem seguidos - encaminhamento, condutas e direitos das mulheres - remetendo ao comprometimento com a assistência prestada^{1,2,8}.

Atividade educacional 5 (Tabela 4), tema “Redes para atenção à violência sexual contra mulheres”, objetiva dar visão a complexidade do problema nos diversos níveis de sua atenção. É relevante porque pode possibilitar aos participantes da educação permanente um conhecimento contextual das redes de atendimento e enfrentamento ao problema, capacitando-os à possíveis intervenções e parcerias interssetoriais^{1,2,8}.

As Atividades educacionais 6 e 7 (Tabela 4), tema “Atenção integral às mulheres em situação de violência sexual”, objetiva capacitar os profissionais de saúde a diagnosticarem e cuidarem dos casos de violência, de forma integral, ética e humanizada. É importante para qualificação do cuidado às vítimas de violência sexual tanto para assistência, quanto para a promoção da saúde e prevenção à violência^{1,2,8}. O cuidado envolve evitar a reincidência, nos casos de violência crônica, assim como a legitimação do acesso de todas as tecnologias para o acolhimento aos agravos provocados pela VSM^{1,2,8}.

Os grupos que propuserem o PEPS-VSM podem elaborar seus planos utilizando as recomendações presentes em cada uma das Tabelas 1, 2, 3 e 4. Ressaltamos ainda que os

encontros de educação permanente devem ser estruturados no período de execução possível à cada GT. As equipes devem ter autonomia para, durante o desenvolvimento de seus planos, definirem o quanto precisam discutir e aprofundar em cada um dos temas, de acordo com suas necessidades de aprendizagem. Cada GT pode lançar mão de outras ações que não foram citadas neste documento, partindo da percepção e da criatividade dos atores envolvidos. Ao final da elaboração do PEPS, espera-se que o processo de implementação das atividades educacionais seja realizado de forma crítica, participativa e coletiva.

CONCLUSÃO

O presente trabalho resultou em um guia de processos básicos para construção e execução de um Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres. A proposição desse estudo pode apoiar profissionais e equipes de saúde na promoção de estratégias educacionais de ensino-aprendizagem como resposta efetiva ao cuidado intersetorial à mulheres vítimas de violência sexual.

O plano pode representar um importante instrumento apoiador para equipes de saúde legitimarem a PNEPS e assim, transformarem seus processos de trabalho, ampliando a qualificação profissional, qualidade das ações e serviços de saúde. A qualificação crescente dos profissionais das equipes poderá ainda, refletir em uma maior qualidade da atenção oferecida às mulheres vítimas de violência sexual, possibilitando-lhes melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

Ressaltamos ainda que, embora esse trabalho tenha tratado do tema da violência sexual contra mulheres, o processo de construção de plano recomendado, assim como as propostas pedagógicas levantadas podem ser adaptadas a outros temas e/ou situações-

problema. As equipes poderão utilizar os recursos expressos em outras atividades de educação permanente, conforme forem suas necessidades educacionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Bezerra JF, Lara SRG, Nascimento JL, Barbieri M. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde* 2018; 31(1):1-12. <http://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544>
3. Melo VH, Melo EM. *Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós* [recurso eletrônico]. Belo Horizonte: Folium, 2016. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/nucleops/wp-content/uploads/sites/57/2017/06/Para-Elas-11-07-2017.pdf>
4. Carvalho JR, Oliveira VH. *Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher – Relatório Executivo II - Primeira Onda*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2016.
5. Cerqueira D, Coelho DSC, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Rev. bras. segur. Pública* 2017; 11(1):24-48.

6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Atlas da violência 2018*. Rio de Janeiro, 2018.
7. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública* 2013; 31(5):889-898. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>
8. Moreira CAR, Freitas KM, Cavalcanti LF, Vieira LJES, Silva RM. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trab. educ. saúde* 2018; 16(3):1039-1055. <http://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156>
9. Lima CA, Deslandes SF. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde Soc* 2014; 40(3):787–800. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300005>
10. Cardoso MLM, Costa PL, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(5):1489–1500. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>
11. Signor E, Silva LAA, Gomes IEM, Ribeiro RV, Kessler M, Weiller TH, Peserico A. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. *Rev Enferm UFSM* 2015; 5(1):01-11. <http://doi.org/10.5902/2179769214766>

12. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(2):2133–2144. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>
13. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas* 2011; 32(1):25–40. <http://doi.org/10.5433/1679-0359.2011v32n1p25>
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Educação Permanente: Caderno 3*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Cinco passos para elaboração de plano de educação permanente em saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
16. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.
17. Flick U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. São Paulo: Bookman, 2009.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
19. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

20. Moreira MA. *Teorias de aprendizagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2011.
21. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional*. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.
22. Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2015; 39(1):143–150. <http://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00602014>
23. Parmelee D; Michaelsen L. Twelve tips for doing effective Team-Based Learning (TBL). *Medical Teacher* 2010; 32(2):118–122. <http://doi.org/10.3109/01421590903548562>
24. Bate E, Hommes J, Duvivier R, Taylor DC. Problem-based learning (PBL): getting the most out of your students - their roles and responsibilities: AMEE Guide No. 84. *Medical Teacher* 2014; 36(1):1–12. <http://doi.org/10.3109/0142159X.2014.848269>
25. Tiwari R, Arya RK, Bansal M. Motivating Students for Project-based Learning for Application of Research Methodology Skills. *International Journal of Applied and Basic Medical Research* 2017; 7(1):S4–S7. http://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_123_17
26. Cezar PHN, Gomes AP, Siqueira-Batista R. O cinema e a educação bioética no curso de graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2011; 35(1):093–101. <http://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100013>

27. Blasco PG. Cinema, humanização e educação em saúde. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar* 2017; 2(1):3-20. <http://doi.org/10.24219/rpi.v2i1.125>
28. Vasconcelos YL, Yoshitake M, França SM, Silva GF. Método de Estudo de Caso como Estratégia de Ensino, Pesquisa e Extensão. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas* 2015; 16(1):48–59. <http://doi.org/10.17921/2447-8733.2015v16n1p48-59>
29. Anastasiou LGC. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. UNIVILLE, 2003.
30. Vieira DKR, Favoreto CAO. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2016; 20(56):89–98. <http://doi.org/10.1590/1807-57622015.0203>
31. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2006; 30(1):6–14. <http://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100002>
32. Lemos MES, Amaral MA, Amorim RHC. *Oficinas de Educação em Saúde: uma Proposta de Aprendizagem* [recurso eletrônico]. São Paulo, 2010. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/pbl2010/trabs/trabalhos/TC0369-1.pdf>

33. Zanon DP, Althaus MTM, Bagio VA. *Didática na docência universitária em saúde: metodologias ativas e avaliação*. Curitiba: Appris, 2018.
34. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 1998; 2(2):139-154. <http://doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>
35. Rabelo L, Garcia VL. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2015; 39(4):586-596. <http://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01052014>
36. Francischetti I, Corrêa ACL, Vieira CM, Lazarini AC, Rolin LMG, Soares MOM. Role-playing: estratégia inovadora na capacitação docente para o processo tutorial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2011; 15(39):1207-1208. <http://doi.org/10.1590/S1414-32832011000400019>
37. *Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)* [recurso eletrônico]. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>
38. *O quarto de Jack*. Direção: Lenny Abrahamson. Roteiro: E. Donoghue. Los Angeles: Universal Pictures, 2015. (117 min.).
39. Guerra CR. Jogos de poder e “metamorfoses”: representações sociais de violências de gênero, na esfera conjugal, em Uberlândia-MG, de 1997 a 2017. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História, 2018.

40. Brasil. *Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais*. Brasília: Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018.
41. *Era uma vez outra Maria*. Direção: Gary Barker. Brasil, 2006. (20 min.). [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-xxysp953s>
42. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
43. Brasil. *Lei Maria da Penha. Lei N.º 11.340, de 7 de agosto de 2006*.
44. *O Silêncio das Inocentes*. Direção: Ique Gazzola. Produção: Naura Schneider. Roteiro: Rodrigo Azevedo. 2010. (52 min.). [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=uxXKiSli9KY&t=1713s>
45. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Norma técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015.
46. *Maria da Penha*. - Videoclipe musical - Alcione Dias Nazareth. 2007. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=H7OrnzuomUc>
47. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

48. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)* [Internet]. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://cnes.saude.gov.br/>
49. *Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha – A lei é mais forte* [Internet]. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br>
50. *Secretaria de Políticas para as Mulheres* [Internet]. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/>
51. *Minha vida de João*. Direção: Gary Barker. Brasil, 2001. (23 min.). [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://promundo.org.br/recursos/minha-vida-de-joao/>
52. *Cairo 678*. Direção: Mohamed Diab. Roteiro: Mohamed Diab. Cairo: Dollar Film – New century Production, 2010. (100 min.).
53. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
54. Brasil. Ministério da Saúde. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
55. *À margem do corpo*. Documentário. Direção: Débora Diniz. ABA/Fundação Ford, 2006. (43 min.). [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://www.anis.org.br/documentarios/>

56. *Dakota & Nadia performed an AMAZING dance against domestic violence | France's Got Talent*. 2018. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-q6CQAppxSU>

57. *Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde* [Internet]. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/>

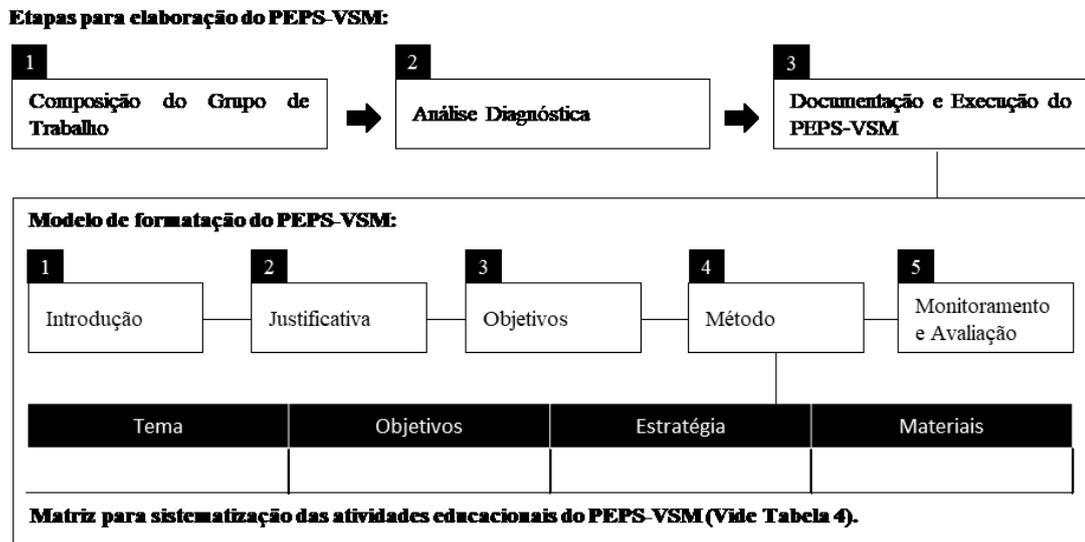
58. Instituto de Bioética – Anis [Internet]. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://www.anis.org.br/documentarios/>

59. Delziovo CR, Oliveira CS, Luiz CL. *Atenção a homens e mulheres em situação de violência* [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. [acessado 2018 Nov 17]. Disponível em: <http://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Atencao-1.pdf>

60. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

61. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

Figura 1: Proposta metodológica para construção de Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres.



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1: Recomendações de temas gerais e conteúdos específicos sobre Violência Sexual contra Mulheres.

TEMAS GERAIS	TEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS
Violência sexual contra as mulheres	Violência sexual	Discutir os conceitos de violência, gênero, violência de gênero e VSM.
	Magnitude do problema	Investigar a incidência e prevalência da violência sexual contra as mulheres a nível local, regional e/ou nacional.
	Impactos biopsicossociais	Debater os impactos biopsicossociais da violência sexual contra as mulheres.
Normas e legislações sobre VSM	Legislações	Compreender a relevância e aplicabilidades da PNAISM e da lei Maria da Penha.
	Normas técnicas	Compreender as normas técnicas de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da VSM.
	Diretrizes	Compreender as diretrizes para atenção à sexualmente violentada e a importância da notificação compulsória.
Redes para enfrentamento e atendimento à VSM	Rede de enfrentamento	Discutir os conceitos e organização da rede de enfrentamento a violência sexual contra as mulheres.
	Rede de atendimento	Debater os conceitos e organização da rede de atendimento a violência sexual contra as mulheres.
	Redes locais	Conhecer os dispositivos locais para enfrentamento e atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.
Atenção integral às mulheres em situação de violência sexual	Atenção humanizada	Conhecer as possibilidades de acolhimento humanizado, do sigilo, comunicação e aborto legalizado.
	Promoção da saúde e prevenção da VSM	Debater as estratégias para promoção da saúde e possibilidades de prevenção à VSM.
	Apoio psicossocial	Discutir a importância do apoio psicossocial para mulheres em situação de violência sexual.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2: Estratégias Educacionais para ações de Educação Permanente em Saúde.

ESTRATÉGIA EDUCACIONAL	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIAS
Aprendizagem baseada em equipes	Trata-se de uma estratégia dinâmica, em grupo, que utiliza estudo individual, testes teóricos e de discussão coletiva, para construção de novos saberes relacionados à prática de trabalho.	22, 23
Aprendizagem baseada em problemas	Promove a construção do conhecimento através de situações-problemas, que devem ser investigadas e discutidas pelos participantes afim de elaboração de novos sentidos e significados.	22, 24
Aprendizagem baseada em projetos	Corresponde a um processo de investigação da realidade, levantamento de problemas relacionados ao contexto de trabalho e elaboração de projetos de intervenção.	22, 25
Aprendizagem baseada em vídeos	Refere-se à utilização de um filme/vídeo, como disparador de um processo de análise crítico-reflexiva, sobre um tema e ou problema relacionado à realidade de trabalho.	26, 27
Estudo de caso	Trata-se de uma atividade que utiliza a análise de casos e/ou situações reais/simuladas, do contexto de trabalho na saúde, para construção do processo de ensino-aprendizagem.	28, 29
Narrativas	Trata-se de uma construção textual, áudio e/ou vídeo que represente - de forma crítico-reflexiva - a experiência de uma pessoa sobre determinado tema/situação.	30, 31
Oficina	Refere-se a um trabalho grupal, sob orientação de um tutor, que apoia os participantes a executarem uma ou mais tarefas, afim de resolver problemas da realidade.	29, 32
Painel móvel	Consiste na utilização de tarjetas para expressão sintética de conceitos, ideias, sentimentos ou opiniões dos participantes. O agrupamento dinâmico das tarjetas constitui o painel móvel.	29, 33
Problematização	É fundamentada na observação da realidade. Visa a identificação de suas características, o levantamento de problemas, com objetivo de transformá-los por meio do estudo.	22, 34
Role Play	Corresponde a uma representação de caráter teatral. Visa simular um caso, intervenção ou fenômeno na área da saúde. A simulação atua como disparador do processo de ensino-aprendizagem.	35, 36

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3: Recursos e materiais relacionados ao tema da Violência Sexual contra Mulheres.

TEMAS GERAIS	TÍTULO	TIPO DE MATERIAL	DESCRIÇÃO
Violência sexual contra mulheres	Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós ³	Livro	Apresenta as principais correntes teórico-metodológicas que embasam a abordagem da violência e, em especial, da violência contra a mulher.
	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ³⁷	Base de dados pública	Sistema nacional que tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados epidemiológicos das três esferas de governo.
	O quarto de Jack ³⁸	Filme	Refere-se a uma produção cinematográfica que aborda os temas da violência, violência de gênero e violência sexual contra a mulher.
	Jogos de poder e “metamorfoses”: representações sociais de violências de gênero, na esfera conjugal, em Uberlândia-MG, de 1997 a 2017 ³⁹	Tese de Doutorado	Estudo sobre violência de gênero. Apresenta marcos históricos, legislativos e sugestões de materiais audiovisuais sobre o tema.
	Panorama da violência contra as mulheres: indicadores estaduais e nacionais ⁴⁰	Relatório	Apresenta atualização do cenário da violência contra as mulheres no Brasil, e das ações governamentais que têm por objeto seu enfrentamento.
	Era uma vez outra Maria ⁴¹	Vídeo	Corresponde a um curta metragem que aborda a socialização feminina e o rompimento de barreiras culturais e gênero.
Normas e legislações sobre VSM	Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica ¹	Material técnico	Visa orientar e qualificar profissionais para atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual.
	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher ⁴²	Política pública de saúde	Objetiva promover a atenção a saúde das mulheres, através da organização redes integradas de saúde, incluindo o cuidado a violência doméstica e sexual.
	Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 ⁴³	Lei nacional	Cria mecanismos para coibir, prevenir, punir e erradicar a todas as formas de violência contra as mulheres, incluindo a violência sexual.
	O Silêncio das Inocentes ⁴⁴	Documentário	Corresponde a uma produção nacional que aborda a aplicação da Lei nº 11.340/2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha.
	Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica ⁴⁵	Material técnico	Visa capacitar profissionais de saúde à promoção de uma atenção qualificada e humanizada à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei.
	Maria da Penha ⁴⁶	Videoclipe musical	Apresentação musical interpretada por Alcione. A letra reporta as implicações da violência contra a mulher e os impactos da Lei nº 11.340/2006.
Redes para enfrentamento e atendimento à VSM	Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres ⁴⁷	Material técnico	Apresenta diretrizes gerais para implementação dos serviços da rede de atendimento estaduais e regionais de atenção à violência.
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ⁴⁸	Base de dados pública	Apresenta informações sobre os estabelecimentos de saúde do país, independentemente de sua natureza jurídica ou integração com o SUS.

	Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha – A lei é mais forte ⁴⁹	Página internet	na	Trata-se de uma página que expõe informações sobre leis, serviços e ações para enfrentamento à violência contra as mulheres.
	Secretaria de políticas para as mulheres ⁵⁰	Página internet	na	Corresponde ao <i>site</i> da secretaria, expõe informações sobre a formulação e coordenação das políticas públicas para mulheres no Brasil.
	Minha Vida de João ⁵¹	Vídeo		Vídeo curto que aborda questões culturais sobre masculinidade, machismo e violência contra a mulher, sensibilizada para amplitude do tema.
	Cairo 678 ⁵²	Filme		Retrata as influências negativas de contexto sociais e culturais, como redes produtoras de abusos sexuais, violência e preconceito contra as mulheres.
Atenção integral às mulheres em situação de violência sexual	Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: norma técnica ⁵³	Material técnico		Visa assegurar e garantir o acesso ao atendimento integral, humanizado e coleta de vestígios nos casos de violência sexual.
	Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde ⁵⁴	Material técnico		Material com perguntas e respostas sobre violência contra as mulheres, em todos os seus ciclos de vida. Visa qualificar e integralizar a atenção.
	À margem do corpo ⁵⁵	Documentário		Produção nacional que aborda questões relacionadas à violência, vulnerabilidade, aborto e os impasses da atenção à vítima de violência sexual.
	Dakota & Nadia ⁵⁶	Vídeo		Vídeo internacional, curto, que, a partir de uma apresentação artística de dança, aborda o tema da violência contra a mulher.
	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde ⁵⁷	Plataforma digital		Disponibiliza cursos, especializações, aperfeiçoamentos e outras formas de qualificação, sobre diversos temas, aos profissionais do SUS.
	Instituto de Bioética. Anis ⁵⁸	Página internet	na	Organização não-governamental. Possui em seu acervo documentários relacionados a violência, direitos humanos e atenção à saúde.
	Atenção a homens e mulheres em situação de violência ⁵⁹	Cartilha		Aborda a violência de gênero, procurando instrumentalizar o profissional de saúde para a reflexão e apoio conceitual a temática.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 4: Roteiros de atividades educacionais para Plano de Educação Permanente em Saúde sobre Violência Sexual contra Mulheres.

AE	TEMA	OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS	RECURSOS
1	Diagnóstico das necessidades de saúde.	Compreender como a VSM se manifesta no território local, regional e nacional.	Oficina.	Referências: 1, 37, 40, 49 e 50. Computadores, smartphones, internet ou impressos.
	Desenvolvimento	Momento 1:	Agrupar os participantes em pequenos grupos, cinco integrantes e, sugerir bases de dados para pesquisa sobre o problema da violência sexual contra as mulheres.	
		Momento 2:	Solicitar que cada grupo pesquise dados e informações que representem a magnitude do problema violência sexual contra mulheres em nível nacional, regional e local.	
		Momento 3:	Solicitar que cada grupo formule uma síntese da análise realizada, apontando dados qualitativos e quantitativos que descrevam o problema.	
		Momento 4:	Compartilhar os achados de cada grupo, discutindo os impactos do problema para as profissionais e serviços de saúde locais.	
		Momento 5:	Discutir quais as potencialidades e fragilidades existentes no território para enfrentamento ao problema levantado e analisado.	
2	Diagnóstico das necessidades de aprendizagem.	Definir as principais necessidades de aprendizagem da equipe sobre VSM.	Painel móvel.	Referências: 1, 49 e 50. Tarjetas; pincéis e fita adesiva.
	Desenvolvimento	Momento 1:	Solicitar que cada participante descreva, em tarjetas distintas, qualidades e fragilidades que possui, para enfrentamento a situação-problema da violência sexual contra mulheres.	
		Momento 2:	Idem momento um, mas considerar qualidades e fragilidades da sua equipe, no enfrentamento ao problema. As tarjetas podem conter mais de uma ideia/conceito.	
		Momento 3:	Solicitar que cada participante compartilhe suas quatro tarjetas, descrevendo e refletindo sobre suas construções.	
		Momento 4:	Orientar para que as tarjetas sejam coladas em um mural, agrupando-se aquelas que possuem conceitos ou ideias similares.	
		Momento 5:	Discutir e definir coletivamente quais fragilidades devem ser priorizadas. Essa definição corresponderá às necessidades de aprendizagem da equipe.	
3	Violência sexual contra mulheres.	Discutir conceitualmente a gênese e magnitude da VSM.	Aprendizagem baseada em vídeos.	Referências: 38 (filme). Tarjetas, pincéis e audiovisual.
	Desenvolvimento	Momento 1:	Orientar quanto à estratégia educacional, sugerir aos participantes que tomem nota dos aspectos que mais chamarem atenção, providenciar a execução do filme.	
		Momento 2:	Solicitar que cada participante escreva, em uma tarjeta, o sentimento, emoção ou ideia mais significativa que ficou associada ao filme que assistiu.	
		Momento 3:	Solicitar que as tarjetas sejam compartilhadas, de modo que os participantes expliquem porque escolheram aquele sentimento, emoção ou ideia.	
		Momento 4:	Refletir os sentimentos, emoções ou ideias levantadas pelos participantes e correlaciona-los a discussão sobre a violência sexual contra as mulheres.	
		Momento 5:	Apoiar os participantes a correlacionar os conceitos trabalhados no encontro com o cenário real de trabalho do grupo.	
4	Normas e legislações sobre VSM.	Conhecer normas técnicas e legislações para atenção à violência sexual contra mulheres.	Aprendizagem baseada em problemas.	Referências: 3 (pg. 144-148), 1, 42, 43. Quadro/painel, pincéis, internet, smartphones, computadores ou impressos.
	Desenvolvimento	Momento 1:	Apresentar um caso sobre VSM. Debater o caso e refletir os conhecimentos prévios que os participantes possuem sobre normas técnicas e legislações relacionadas à VSM.	
		Momento 2:	Definir quais lacunas existem entre os conhecimentos prévios dos participantes e quais são as necessidades de aprendizagem sobre esse tema.	
		Momento 3:	Definir, coletivamente, perguntas de aprendizagem que serão utilizadas para busca de novas fontes de dados. Registra-las em quadro/painel.	
		Momento 4:	Solicitar que cada participante, individualmente, pesquise conteúdos a fim de responder as perguntas definidas. Pesquisar em documentos impressos e/ou internet.	

	Momento 5:	Solicitar que os participantes compartilhem e discutam seus achados. Os dados levantados devem ser sintetizados em um quadro/painel.			
5	Desenvolvimento	Redes para enftretamento e atendimento à VSM.	Mapear a rede local para atenção as mulheres vítimas de violências sexual.	Aprendizagem baseada em projetos.	Referências: 46, 47, 48, 49, 50. Cartolina, papel, pincéis, internet, smartphones, computadores ou impressos.
		Momento 1:	Agrupar os participantes em pequenos grupos, cinco integrantes; apresentar os conceitos de redes de enftretamento e atendimento a violência sexual contra mulheres.		
		Momento 2:	Debater brevemente a estrutura das redes locais, incluindo dispositivos de saúde, aspectos culturais, econômicos, sociais, dentre outros.		
		Momento 3:	Solicitar que cada grupo elabore uma representação gráfica (mapa) descritiva de seu território (pode conter as redes de enftretamento e atendimento existentes nele).		
		Momento 4:	Socializar as produções de cada grupo, debatendo e definindo entre os grupos, pontos complementares e possíveis lacunas entre as representações.		
	Momento 5:	Construir, coletivamente, um projeto para fortalecimento das redes de enftretamento e atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no território de atuação da equipe.			
	Atenção integral às mulheres em situação de violência sexual.	Refletir sobre as possibilidades de cuidado integral às vítimas de violência sexual.	Problematização.	Referências: 1, 53, 54. Quadro/painel, pincéis, internet, smartphones, computadores ou impressos.	
6	Desenvolvimento	Momento 1:	Solicitar que os participantes analisem sua realidade e identifiquem quais problemas impossibilitam uma atenção integral às mulheres vítimas de violência sexual.		
		Momento 2:	Promover uma reflexão coletiva sobre os problemas levantados e definir pontos-chave para o grupo, que precisam ser investigados afim de que sejam superados.		
		Momento 3:	Solicitar que cada participante, individualmente, pesquise conteúdos a fim de responder os pontos-chave. Pesquisar em documentos impressos e/ou internet.		
		Momento 4:	Socializar os achados individuais e elaborar, coletivamente, soluções para os pontos chave definidos a partir das buscas realizadas.		
		Momento 5:	Definir ações para a equipe/território, a partir do processo investigativo e reflexivo realizado nos momentos anteriores. Registrar todas as etapas em painel/quadro.		
	Atenção integral às mulheres em situação de violência sexual.	Refletir sobre as possibilidades de cuidado integral às vítimas de violência sexual.	Role Play.	Referências: 3 (pg. 144-148), 49, 50. Quadro/painel, pincéis, internet, smartphones, computadores ou impressos.	
7	Desenvolvimento	Momento 1:	Dividir os participantes em três grupos: paciente, profissional de saúde, observadores. Entregar um caso sobre VSM apenas para o grupo pacientes e observadores.		
		Momento 2:	Os grupos: paciente e profissional de saúde, devem eleger um representante para simular um atendimento/acolhimento ao caso proposto.		
		Momento 3:	O grupo: observadores, devem criar um <i>check-list</i> contendo as condutas que eles entendem como necessárias a serem desenvolvidas pelo profissional, durante a cena.		
		Momento 4:	Os representantes dos grupos: paciente e profissional, devem simular a cena. O grupo: observadores devem, durante a simulação, verificar execução dos itens elegidos.		
		Momento 5:	Após a cena, todos participantes devem discutir sobre o atendimento/acolhimento. Apontando suas impressões pessoais e possíveis lacunas de atenção vivenciadas.		
	Monitoramento e avaliação do processo de ensino-aprendizagem.	Avaliar reflexivamente os encontros e o PEPS-VSM.	Narrativas.	Tarjetas e pincéis. Audiovisual.	
8	Desenvolvimento	Momento 1:	Orientar quanto à estratégia educacional a ser utilizada, descrevendo os objetivos do monitoramento e avaliação das atividades.		
		Momento 2:	Solicitar que cada participante defina, em uma palavra, a emoção/sentimento/ideia mais significativa que ficou associada ao encontro.		
		Momento 3:	Acolher a socialização e correlacionar aos temas trabalhados no encontro. As emoções/sentimentos/ideias representam o monitoramento do plano.		
		Momento 4:	Solicitar que os participantes redijam um texto, gravem um áudio ou vídeo que represente reflexivamente a experiência vivenciada. Trazer no próximo encontro.		
		Momento 5:	Arquivar as narrativas, compartilha-las e discuti-las ao término de execução do plano de educação permanente. Elas representam a avaliação do plano.		

*AE: Atividade educacional.

Fonte: Elaboração própria.

6. REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. <https://doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>

BEZERRA, J. F. *et al.* Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2018. <http://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente: Caderno 3**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco passos para elaboração de plano de educação permanente em saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CARDOSO, M. L. M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>

CARVALHO, J. R.; OLIVEIRA, Victor Hugo. **Pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher: prevalência da violência doméstica e impacto nas novas gerações**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2016.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C.; FERREIRA, H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. **Rev. bras. segur. Pública**, v. 11, n. 1, p. 24-48, 2017.

DREZETT, J.; PEDROSO, D. Aborto e violência sexual. **Cienc. Cult.**, v. 64, n. 2, p. 35-38, 2012. <https://doi.org/10.21800/S0009-67252012000200015>

FACURI, C. O. *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>

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

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Atlas da Violência 2018. Brasília, 2018.

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. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300005>

LIMA, L. P. S.; RIBEIRO, M. R. R. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis**, v. 26, n. 2, p. 483-501, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200008>

MACHADO, C. L. *et al.* Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00051714>

MADEIRO, A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>

MELO, Victor Hugo, MELO, Elza Machado. **Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós.** Belo Horizonte: Folium, 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>

MOREIRA, C. A. R. *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 3, p. 1039-1055, 2018. <http://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** Genebra: OMS, 2012.

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

SIGNOR, E. *et al.* A. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2015. <http://doi.org/10.5902/2179769214766>