

Capítulo 12

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS E A RELAÇÃO COM A REDE DE ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Lucimeire de Menezes Zirley
Marcus Vinícius Polignamo
Elza Machado de Melo
Ana Maria Martins Lara
Daniele Schreiber Batista de Alcino
Jéssica Augusta Canazart
Heliane Anghinetti
Pauline Fraga Lignane
Silvana Fleury Barcelos
Cibelle Ferreira Louzada
Jacqueline de Oliveira Lima
Victor Hugo de Melo

Resumo

***Introdução:** o estudo vincula-se ao Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles e Por Nós, de âmbito nacional, realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com o apoio do Ministério da Saúde. Foram coletados 463 questionários on-line respondidos por participantes do Curso de Capacitação (EaD) do Projeto Para Elas, que visa capacitar profissionais de diversos estados brasileiros que atuam na rede de atendimento à mulher em Situação de Violência. **Objetivo:** descrever a percepção sobre a Rede de Assistência da Violência contra a Mulher. **Metodologia:** trata-se de estudo transversal descritivo, quantitativo, tendo como eixo temático o enfrentamento da violência contra a mulher. A base de dados foi obtida por meio de entrevista semiestruturada utilizando questionário autoaplicável. **Resultados:** profissionais capacitados no último ano (70,5%) sentem-se mais con-*

*fiantes para o atendimento, quando comparados aos profissionais capacitados nos últimos três anos (62,8%). Quanto mais alto o nível de atenção, no caso a atenção terciária (62,2%), maior é a associação com sentimentos positivos (confiança e segurança). Profissionais capacitados estão mais associados a sentimentos positivos e os não capacitados com sentimentos negativos (infelicidade, constrangimento, impotência, temor, preocupação, angústia e insegurança). **Conclusão:** a percepção do profissional participante do EaD pode representar aspectos da prática profissional na rede de assistência da violência contra mulher, que merecem ser trabalhados de forma mais efetiva.*

***Palavras-chave:** Violência contra a Mulher. Educação a Distância. Avaliação em saúde.*

Introdução

A violência é considerada um problema de saúde pública global e, no Brasil, é responsável por grande parcela de morbidades (sexta maior causa de internações hospitalares) e de mortalidade (terceiro lugar). É considerada desafio importante para as áreas da saúde, da justiça, dos Direitos Humanos e do desenvolvimento, pois constitui ameaça à vida e à saúde física e mental de milhões de pessoas, gerando encargos no sistema de saúde e prejudicando a formação de capital humano, o que provoca redução no desenvolvimento econômico e social.¹⁻³

Conforme o relatório *Violência e Saúde da World Health Organization* (2010), a violência pode ser classificada em três categorias principais: autodirigida (suicídio, tentativas de suicídio e autoabuso); interpessoal (violência juvenil, violência por parceiro íntimo, a violência sexual, maus-tratos em crianças e abuso de idosos); e coletiva (guerra e outras formas de conflitos armados, genocídio, repressão e tortura). De acordo com esse relatório, em 2004, juntas, essas formas de violência foram responsáveis por 1,6 milhão de mortes ou 2,8% da causa global de mortalidade em todo o mundo.²

Homens, mulheres, crianças e idosos, enfim, todos, são atingidos pela violência. Homens jovens, negros e pobres são considerados os principais agressores na comunidade, enquanto as mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica. Em geral, os homens tendem a ser as principais vítimas da violência praticada em espaço público e as mulheres sofrem cotidianamente com a violência praticada em seus próprios lares, na maioria das vezes praticada por seus companheiros e familiares.^{1,4}

A violência contra as mulheres é uma das formas de violação dos direitos humanos, desrespeitando, também, o direito à vida, à saúde e à integridade física. Atinge mulheres de diversas classes sociais, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raça e orientação sexual. Entendida como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause

morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”,² a violência contra a mulher incorpora várias formas de manifestação: física, psicológica, moral, sexual, patrimonial.⁴ No Brasil, dados sobre mortalidade revelam que uma mulher é morta a cada duas horas, o que nos coloca na 12ª posição da classificação mundial de homicídios contra as mulheres. Estudos sobre a resolução de conflitos cotidianos entre casais obtiveram as seguintes prevalências: 78,3% de agressões psicológicas; 21,5% de abusos físicos menores; e 12,9% de abusos físicos graves.¹

Dados globais de violência física contra a mulher por parceiro íntimo demonstraram que entre 10 e 69% foram agredidas pelo menos uma vez em toda sua vida. Entre 6 e 59% das mulheres relataram tentativa de estupro ou de terem realizado sexo contra a sua vontade. De 1 a 28% de mulheres relataram abuso físico durante a gravidez. Aproximadamente 20% das mulheres sofreram abusos sexuais durante a infância. Uma em cada três mulheres no mundo que já teve um parceiro declarou violência física ou sexual ou ambos. Estima-se que 2,5 milhões de pessoas são traficadas todos os anos, a maioria mulheres e crianças.^{3,5}

Sendo problema de relevância em saúde pública, que acarreta significativo impacto social sobre a saúde dos indivíduos e da sociedade, a violência exige estratégias de intervenção envolvendo implantação de políticas que visam à promoção de *“mudanças estruturais, socioculturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno”*.^{2,6,7}

Na atualidade, identifica-se insuficiente estruturação dos sistemas de saúde, no Brasil e no mundo, para atender às diversas demandas de saúde da sua população. Estabelecer políticas públicas para o enfrentamento da violência contra as mulheres exige atuação conjunta interinstitucional, visando garantir a integralidade de atenção às vítimas. Percebe-se, assim, a necessidade de integração de diversas áreas de conhecimento, como: Saúde, educação, assistência social, segurança pública, cultura e justiça, entre outras.^{4,8-10}

Nessa perspectiva, desde 2003 a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) ampliou a discussão e as ações de enfrentamento da violência contra a mulher em âmbito público, que culminou com a elaboração da Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres. A Política Nacional apresenta a constituição da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres como estratégia para contemplar a complexidade de lidar com a violência e de articular diversos serviços e instituições para atuarem de forma integrada.⁴

O Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, voltado para a Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, incorpora, entre seus objetivos, a capacitação de profissionais, dentro da qual foi elaborado e ofertado o Curso Para Elas, de Ensino a Distância (EaD), que desde julho de 2014 vem capacitando profissionais em todo o Brasil.¹¹

Pretende-se, no presente estudo, apresentar a percepção dos profissionais de saúde e de áreas afins, que participaram do Curso de Ensino a Distância (EaD) do “Projeto

Para Elas”, sobre a Rede de Assistência da Violência contra a Mulher de diversas localidades do Brasil. Pretende-se, também, apresentar o perfil sociodemográfico desses profissionais, sua percepção ao atender uma mulher em situação de violência e a conexão que fazem entre o atendimento e a rede de apoio existente.

A rede de assistência à mulher em situação de violência

Inicialmente, as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíram ações isoladas, referindo-se basicamente a estratégias de capacitação profissional para a rede de assistência e a criação de serviços especializados.¹²

Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), as ações de enfrentamento da violência contra a mulher começaram a ser debatidas nas agendas públicas, representando mudanças na forma de intervenção do Estado ao lidar com essa questão. A Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres pretende estabelecer “*conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional*”.⁴

A Política Nacional foi formulada a partir do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e teve como base a I Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, em 2004. O I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, realizado em 2004, propôs, entre outras ações, a promoção da igualdade e o respeito à diversidade e à autonomia das mulheres, tendo apresentado um capítulo que tratava do enfrentamento da violência contra a mulher. A temática manteve-se nas discussões da II Conferência Nacional de Políticas para as mulheres, realizada em 2007, e no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que apresenta ações estratégicas relacionadas ao enfrentamento da violência, ao racismo, sexismo e lesbofobia e o enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres.^{4,6,13}

A Política Nacional atende aos preceitos estabelecidos na Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e às convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil, tais como: “*Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas*” (Convenção de Palermo, 2000).⁴

Entende-se por rede de enfrentamento à violência contra as mulheres:

[...] a atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efe-

*tivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência.*¹²

A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres visa ao combate, à prevenção, à assistência e à garantia de direitos às mulheres em situação de violência. Fazem parte desta rede:

*[...] agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.); serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência (que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência).*¹²

Por sua vez, a rede de atendimento à mulher em situação de violência deve ser entendida como o:

*[...] conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, a justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento.*¹²

Entende-se que a rede de atendimento inclui apenas as ações assistenciais dentro do vasto leque de atuação da rede de enfrentamento à violência contra a mulher que integra “*não somente os serviços responsáveis pelo atendimento, mas também agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres, universidades, movimento de mulheres, entre outros*”.¹²

A rede de enfrentamento - por sua multiplicidade de serviços e instituições - pretende contemplar a complexidade da violência contra as mulheres e, para isso, há necessidade de articular diversos serviços e instituições para atuarem de forma integrada. Na assistência, é igualmente necessário que os serviços atuem de forma intersetorial, definindo fluxos de atendimento e identificando demandas das mulheres em suas diversidades. Essas ações estão respaldadas na Portaria 485, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência no SUS. Assim, trabalhar na perspectiva da intersetorialidade representa um desafio, pois remete à ruptura do modelo tradicional de gestão pública que representa a departamentalização, a desarticulação e a setorialização das ações e das políticas públicas.^{12,14}

Curso para elas – ensino a distância (EAD) do Projeto Para Elas

Na rede de enfrentamento da violência contra a mulher atuam também setores do Ministério da Saúde, especificamente a Coordenação da Saúde da Mulher, responsável pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro do qual se situa o Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós que, por sua vez, incorpora o Curso Para Elas.

O Ensino a Distância (EaD) caracteriza-se como modalidade na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com professores/tutores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos. Cada vez mais, o EaD é valorizado na sociedade por ser uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem. É considerado, atualmente, como uma das mais importantes ferramentas de difusão do conhecimento e democratização da informação, possibilitando aos alunos amplos recursos humanos e tecnológicos que podem colaborar na formação continuada e na preparação de profissionais para atuar no mercado de trabalho.^{15,16}

O Curso Para Elas tem por objetivo capacitar profissionais para atuarem na atenção à mulher em situação de violência. Foi elaborado tendo como base o modelo das competências, com foco no desenvolvimento do conhecimento, das atitudes e das habilidades profissionais. Inicialmente, foi oferecido na modalidade atualização a todos os profissionais de saúde que atuam como referências estaduais e municipais dos Estados brasileiros na atenção à mulher em situação de violência. Também foram disponibilizadas 50 vagas por estado (sendo 46 vagas para profissionais da saúde e quatro para profissionais de outras áreas envolvidas no atendimento de mulheres em situação de violência), mais o Distrito Federal. Posteriormente, foi transformado em disciplina do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional, sendo ofertado regularmente em todos os semestres.

Metodologia

Este estudo atende aos princípios éticos conforme a Resolução CNC nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que reviu a Resolução CNS nº 196/1996, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Projeto CAAE-14187513.0.0000.5149) em dezembro de 2011 e pelo Fundo Nacional de Saúde.

Trata-se de pesquisa transversal por abordagem quantitativa. A base de dados foi obtida por meio de questionário semiestruturado, autoaplicável, respondido por participantes do Curso de Ensino a Distância (EaD) do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, realizado a partir de 2014, precedendo sempre o início do curso. Os participantes receberam o questionário por *e-mail* e, ao acessá-lo, eram direcionados

à plataforma Form. SUS, versão 3.0, que é uma plataforma *on-line*, desenvolvida e vinculada ao Datasus e utilizada para aplicação de questionários da área de saúde. Até o momento em que este estudo foi encerrado, o Curso de Ensino a Distância (EaD) havia recebido o total de 663 questionários de participantes que iriam ser capacitados. Foram excluídos 203 questionários por estarem incompletos, conforme critérios previamente estabelecidos pelos autores, gerando uma base de dados de 466 questionários.

Resultados e Discussão

Observou-se que a maioria dos participantes encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos (37,1%); pertence ao sexo feminino (90,3%); identifica-se como branco ou pardo (47,5%); é casada ou vive em união estável (52,3%); possui curso superior completo (98,1%); pertence às áreas da saúde (47,5%); tem curso de especialização (72,6%); trabalha na atenção secundária (24%); o tipo de instituição em que trabalha é considerado municipal em 46,9%; pertence à região Sudeste (37,4%); e a graduação predominante foi a Enfermagem (38,9%).

A Tabela 12.1 mostra a percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e os possíveis sentimentos que essa atividade desencadeia.

Tabela 12.1. Percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência

Sentimento	Sim		Não	
	N	%	N	%
Confiante	195	42,10	145	31,30
Seguro	215	46,40	132	28,50
Preocupado	302	65,20	53	11,40
Impotente	171	36,90	171	36,90
Inseguro	124	26,80	221	47,70
Angustiado	195	42,10	148	32,00
Constrangido	69	14,90	274	59,20
Temeroso	114	24,60	231	49,90
Infeliz	99	21,40	226	48,80
Outros	32	6,90	194	41,90

Fonte: pesquisa com alunos do Curso Para Elas.

Na questão que avalia a percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência, o participante podia marcar mais de uma alternativa para os sentimentos: confiante, seguro, preocupado, impotente, inseguro, angustiado, constrangido, temeroso e infeliz. A maioria (65,2%) demonstra o sentimento de preocupação com esse tipo de atendimento, o que pode estar relacionado à má qualidade da assistência prestada ou ao fato de os profissionais não terem vivenciado discussões com a abordagem da violência na academia.¹⁷ O sentimento de impotência surge em 36,9% dos casos e relaciona-se aos profissionais não saberem o que fazer diante da complexidade do fenômeno da violência e à falta de suporte institucional e estrutural para lidar com a situação da violência contra a mulher.¹⁸ A angústia surge em 42,1% dos casos e esse sentimento relaciona-se à incapacidade dos profissionais em não poderem resolver o problema da mulher em situação de violência. Sentir-se seguro aparece em 46,4%, evidenciando protocolos nos serviços, orientando o profissional sobre quais os passos ele deve seguir. Por outro lado, a insegurança (26,8%) relaciona-se à falta de capacitação desses profissionais. As situações constrangedoras (14,9%) dizem respeito à não capacitação. De acordo com alguns estudos,^{19,20} esse sentimento surge devido à falta de formação para lidar com a violência.¹⁷⁻²⁰

A Tabela 12.2 compara a capacitação, há quanto tempo foi capacitado e o sentimento de confiança demonstrado pelos participantes, em suas respostas ao questionário aplicado.

Tabela 12.2. Sentimento de confiança segundo capacitação, tempo de capacitação e regiões; sentimento de insegurança segundo regiões

Variáveis	Confiança					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Capacitação						
Sim	140	72,5	53	27,5	193	100
Não	51	37,8	84	62,2	135	100
Há quanto tempo foi capacitado (anos)						
< 1	74	70,5	31	29,5	105	100
De 1 a 3	46	66,7	23	33,3	69	100
> 3	27	62,8	16	37,2	43	100

Continua...

... continuação

Tabela 12.2. Sentimento de confiança segundo capacitação, tempo de capacitação e regiões; sentimento de insegurança segundo regiões

Variáveis	Confiança					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Regiões						
Norte	22	57,9	16	42,1	38	100
Nordeste	62	61,4	39	38,6	101	100
Centro-Oeste	35	62,5	21	37,5	56	100
Sul	13	48,1	14	51,9	27	100
Sudeste	63	53,4	55	46,6	118	100

Variáveis	Sentimento de Insegurança					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Regiões						
Norte	15	39,5	23	60,5	38	100
Nordeste	35	35,4	64	64,6	99	100
Centro-Oeste	13	22,4	45	77,6	58	100
Sul	13	46,4	15	53,6	28	100
Sudeste	48	12,4	74	60,7	122	100

Fonte: pesquisa com alunos do Curso Para Elas.

O tempo de capacitação foi associado à variável confiança e pode-se perceber que os profissionais capacitados no último ano sentiam-se mais confiantes comparando-os aos capacitados, nos últimos três anos, o que reflete a importância da capacitação continuada na prática assistencial. Estudo realizado sobre a influência da capacitação no trabalho dos profissionais da saúde que atendem mulheres em situação de violência evidenciou a importância da capacitação dos profissionais da área da saúde, diante da sua responsabilidade, para as intervenções de forma segura. Segundo o mesmo estudo, a capacitação permanente mostrou-se ferramenta fundamental para a manutenção do conhecimento, visto que, com o passar do tempo, de acordo com os profis-

sionais, o conhecimento adquirido para o atendimento foi se reduzindo.²¹ Considerando os profissionais das diversas regiões brasileiras, pode-se perceber que o sentimento de confiança ao atender uma mulher em situação de violência prevalece na região Centro-Oeste. Já o sentimento de insegurança é mais frequente na região Sul.

Ao analisar os dados da CPMI (2013) sobre a situação de violência contra a mulher, no Brasil, a região Sul tem vários obstáculos ao enfrentamento à violência contra mulheres que podem estar relacionados a esse sentimento de insegurança, tais como: baixa articulação institucional da rede especializada de enfrentamento à violência contra mulheres; reduzido orçamento da Secretaria de Políticas para as Mulheres; fragilidade dos bancos de dados; ausência de capacitação permanente de servidores que lidam com a violência contra mulheres; falta de capacitação permanente dos servidores de saúde; inexistência de Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar, com equipes multidisciplinares; existência de poucos juizados especializados; inexistência de promotorias especializadas da mulher nas cidades interioranas; reduzido quadro de defensores públicos; reduzido número de serviços de abortamento legal e sua concentração nas capitais. Não há políticas diferenciadas para as mulheres camponesas, negras, indígenas e quilombolas, que possuem especificidades impactantes na violência sofrida.²²

A Figura 12.1 mostra o Mapa de Correspondência entre o sentimento ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e os diversos níveis de atuação desses profissionais (primário, secundário e terciário).

Tabela 12.3. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (sentimento)

Sentimento	Dimensão 1	Dimensão 2
Confiante	0,927	0,067
Seguro	0,980	0,002
Preocupado	0,090	0,613
Impotente	0,092	0,905
Inseguro	0,886	0,110
Angustiado	0,035	0,073
Constrangido	0,225	0,269
Temeroso	0,985	0,003
Infeliz	0,174	0,039

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 12.4. Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna

Atuação	Dimensão 1	Dimensão 2
Atenção primária	0,978	0,013
Atenção secundária	0,693	0,164
Atenção terciária	0,608	0,365
Gestão/administrativo	0,117	0,430

Fonte: dados da pesquisa.

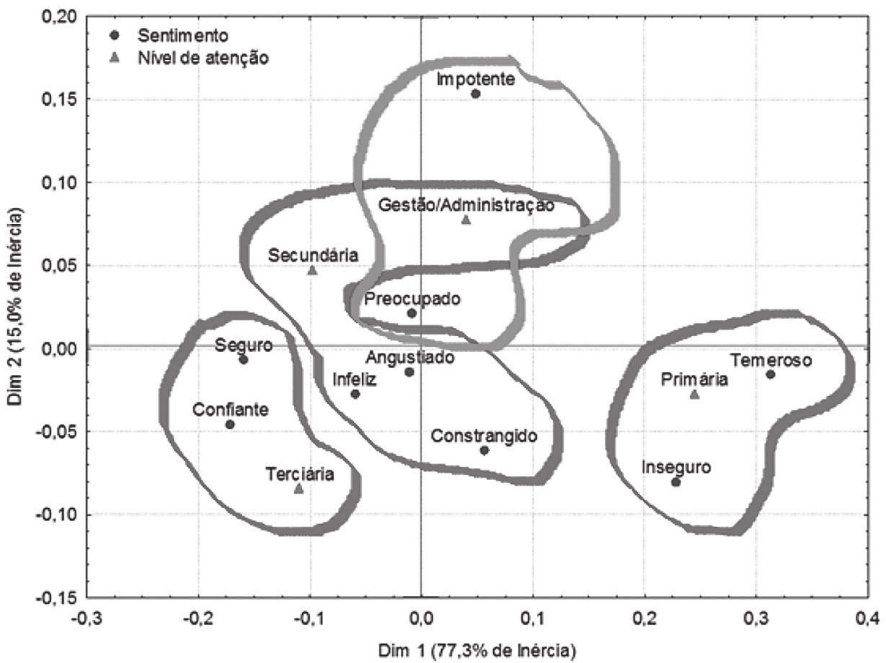


Figura 12.1. Mapa de correspondência: sentimento dos profissionais ao atenderem mulher com suspeita ou em situação de violência e local de atuação.

Pode-se observar que o mapa de correspondência apresenta a percepção de sentimentos negativos, tais como infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro, principalmente em dois níveis de atenção: inseguro e temeroso na atenção primária; angustiado, infeliz e constrangido na atenção secundária. Aqueles que atuavam na gestão/administração sentiam-se impotentes e preocupados. Com exceção da atenção terciária, cujos profissionais se mostravam confiantes e seguros, os demais níveis de assistência demonstraram associações com sentimentos negativos.

A oferta de serviços das redes de atenção de violência contra a mulher salienta que os profissionais podem manifestar sentimentos de insatisfação com a ausência da articulação entre os serviços, ausência das ações compartilhadas, comunicação e interação entre os profissionais, sendo este um dos possíveis motivos da associação negativa de sentimentos com os níveis de atenção. Já os serviços que compõem a rede de atenção às mulheres em situação de violência são deficientes de protocolos, de fluxos, de desarticulação entre si e apresentam-se fragmentados e sem referência e contrarreferência organizada. Criar protocolos e fluxos de atendimentos proporciona condições mais seguras para os profissionais, o que pode refletir na percepção de sentimentos positivos (confiante e seguro) na sua prática profissional. A falta de capacitação ao trabalhar com a violência também é descrita como causa de insatisfação dos profissionais. Estudos sobre formação médica evidenciaram que os profissionais têm dificuldades para lidar com a questão da violência e se sentem despreparados para prestar o atendimento a essas pessoas. Assim, é preciso propiciar espaços para refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde e seus posicionamentos dentro das instituições, além de fornecer meios de capacitação, incluindo a inserção nos currículos da área da saúde e áreas afins da temática da violência como questões racial-étnicas, de sexo e classe social. ²³⁻²⁶

A Figura 12.2 mostra o mapa de correspondência entre as diversas regiões *versus* a capacitação e o sentimento dos profissionais, quando do atendimento a mulheres com suspeita ou em situação de violência

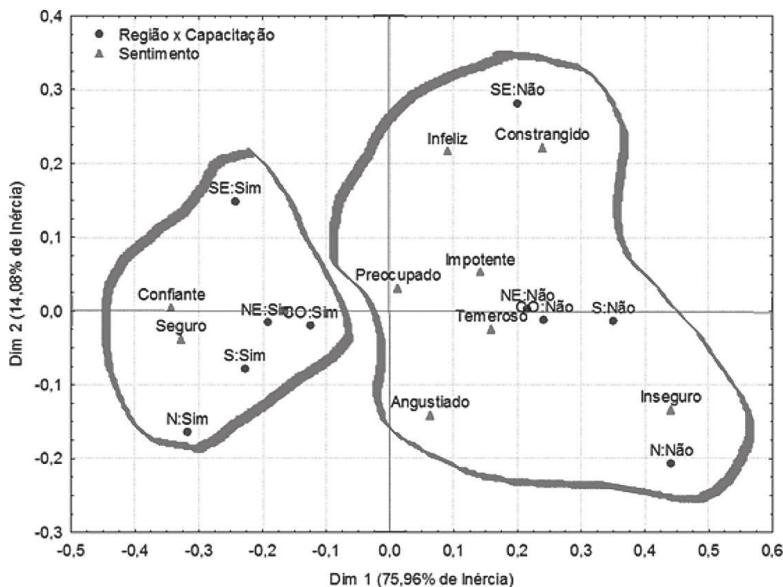


Figura 12.2. Mapa de correspondência: sentimento dos profissionais ao atenderem mulher com suspeita ou em situação de violência e local de atuação.
 Legenda: SE - Sudeste; NE - Nordeste; CO - Centro-Oeste; N - Norte; S - Sul.

Como se pode observar, esse último mapa de correspondência identificou que os entrevistados que foram capacitados, independentemente da região brasileira, estão mais associados aos sentimentos positivos, como confiante e seguro. Aqueles que não foram capacitados estão mais associados aos sentimentos negativos: infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro. Estudo demonstrou que os profissionais não se sentem capacitados para lidar com a questão da violência porque, na sua grande maioria, não receberam informações adequadas durante a graduação que os habilitasse a lidar com esse tema. Essa situação, além de constrangimento, leva ao sentimento de impotência diante da complexidade dos casos, visto que gostariam de fazer uma intervenção de forma integral na qual pudessem valorizar tanto os aspectos físicos como os psicológicos e sociais.²²

Considerações Finais

As respostas aos questionários válidos obtidos para este estudo permitiram que fosse traçado o perfil sociodemográfico da população participante, demonstrando que a maioria é do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 39 anos e com graduação predominantemente em Enfermagem. As associações realizadas demonstraram que os profissionais capacitados no último ano sentem-se mais confiantes para o atendimento, quando comparados aos profissionais capacitados nos últimos três anos. Por outro lado, quanto mais alto o nível de atenção, por exemplo, a atenção terciária, maior é a associação com a percepção de sentimentos positivos (seguro e confiante). Pôde-se constatar, também, que os profissionais capacitados estão mais associados à percepção de sentimentos positivos e os não capacitados à percepção de sentimentos negativos (infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro).

No geral, apurou-se que os profissionais se sentem preocupados com o atendimento na rede de assistência à violência contra a mulher. O Centro-Oeste foi a região brasileira em que os profissionais se manifestam mais confiantes para atender uma mulher em situação de violência, enquanto os da região Sul se sentiram mais inseguros para realizar esse atendimento.

Referências

1. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFPD, Minayo MCDS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. [Internet] Lancet. 2011; 377(9781):1962-75. [Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60053-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60053-6.pdf)
2. World Organization Health. Violence Prevention Alliance: Conceptual Framework [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2014 mai 15]. Disponível em: http://www.who.int/violenceprevention/vpa_conceptual_framework.pdf

3. Garcia-Moreno C, Stouckl H. Protection and sexual reproductive health rights: Addressing violence against women. [Internet] Int J Gynaecol Obstet. 2009; 106 (2): 144-47. [Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(09\)00148-9/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(09)00148-9/pdf)
4. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres. [Internet]. Brasília: Ideal Gráfica e Editora; 2011. [acesso em 2016, dez 20]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
5. World Organization Health. Violence prevention: the evidence. [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2014 mai 17]. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html.
6. Brasil. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. [Internet] Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Presidência da República; 2008.[Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas/pnpm/comite-de-monitoramento-do-ii-pnpm/Livro_II_PNPM_completo08.10.08.pdf
7. 7. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]; 2010. [acesso em 2014 mai 20]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3029.pdf>
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. [Internet]. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. [acesso em 2014 mai 21]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
9. Souza MHDN, Souza IED, Tocantins FR. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. [Internet]. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(3): 354-60. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf
10. Garcia-Moreno C, Hegarty K, Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. [Internet]. Lancet. 2014; 385(9977): 1567-79. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_12.pdf
11. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Para elas, por elas, por eles, por nós [homepage na internet]. Belo Horizonte. [acesso em 20 mar 2015]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>
12. Brasil. Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres.[Internet] Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República; 2011. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>
13. Brasil. I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. [Internet] Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Presidência da República; 2004.[Acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União 1º abr 2014; Seção 1. [acesso em 2014 mai 22]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/2014/04/01>
15. Brasil. Decreto nº 5622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [Internet]. Diário Oficial União 20 dez 2005; Seção 1. [acesso em 2015 abr 15]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2005/decreto-5622-19-dezembro-2005-539654-publicacaooriginal-39018-pe.html>

16. Paula KC, Ferneda E, Campos Filho MP. Elementos para implantação de cursos a distância. [Internet]. Revista Digital da CVA – Ricesu. 2004; 2 (7). [acesso em acesso em 2015 abr 18]. Disponível em: <http://pead.ucpel.tche.br/revistas/index.php/colabora/article/viewFile/52/46>
17. Daltoso D. A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher. Tese [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública] – Escola de Enfermagem da USP Ribeirão Preto; 2010.
18. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. [Internet] Rev Gaucha Enferm. 2009; 30 (4): 609-16.[acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a05v30n4.pdf>
19. Ferrante FG. Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Tese [Mestrado em Saúde na Comunidade] – Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto; 2008.
20. Moreira SNT, Galvao LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. [Internet]. Rev Saude Publica. 2008; 42 (6): 1053-9. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/7122.pdf>
21. Caixeta DMB. Influência da capacitação no trabalho dos profissionais da saúde, que atendem mulheres em situação de violência. Tese [Mestrado em Promoção da Saúde de Prevenção da Violência] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
22. Brasil. Secretaria Geral da Mesa, Secretaria de Comissões, Subsecretaria de Apoio às Comissões Especiais e Parlamentares de Inquérito. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI). Brasília: Senado Federal; 2013.
23. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Rev Texto Contexto Enfem [Internet]. 2010; 19(3): 417-24. [acesso em 2015 abr 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a02v19n3.pdf>
24. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. [Internet] Athenea Digital. 2012; 12 (3): 237-54. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et al/1110-pdf-pt>
25. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. [Internet] Saúde soc. 2011; 20 (1): 124-35. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>
26. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. [Internet] Saúde soc. 2014; 23 (3): 778-86. [acesso em 2016 dez 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0778.pdf>