

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

LUCIMEIRE DE MENEZES ZIRLEY

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS  
COM RELAÇÃO A REDE DE ASSISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A  
MULHER

Belo Horizonte

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Dissertação

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS  
COM RELAÇÃO A REDE DE ASSISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A  
MULHER

Autor: Lucimeire de Menezes Zirley

Orientador: Prof. Victor Hugo de Melo

Co-orientador: Prof. Marcus Vinícius Polignano

Maio/2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

**Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

**Vice-Reitora**

Prof.<sup>a</sup> Sandra Goulart Almeida

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof.<sup>a</sup> Adelina Martha dos Reis

**Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Humberto José Alves

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Luís Armando Cunha de Marco

**Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Prof.<sup>a</sup>. Ana Cristina Cortês

**Chefe do Departamento de Medicina Social**

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga de Motta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Social**

Prof.<sup>a</sup>. Alaneir de Fátima dos Santos

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Prof.<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

**Sub-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Prof.<sup>a</sup> Cristiane de Freitas Cunha

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Prof.<sup>a</sup> Elza Machado de Melo

Prof.<sup>a</sup> Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.<sup>a</sup> Eliane Dias Gontijo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof.<sup>a</sup> Efigênci Ferreira e Ferreira

Prof.<sup>a</sup> Soraya Almeida Belizário

LUCIMEIRE DE MENEZES ZIRLEY

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS  
COM RELAÇÃO A REDE DE ASSISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A  
MULHER

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

Co-orientador: Prof. Marcus Vinícius Polignamo

Belo Horizonte  
Faculdade de Medicina da UFMG  
2016

LUCIMEIRE DE MENEZES ZIRLEY

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS  
COM RELAÇÃO A REDE DE ASSISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A  
MULHER

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

Co-orientador: Prof. Marcus Vinícius Polignano

**Banca Examinadora: Soraya Almeida Belisário**

**Francisco Jose Machado Viana**

**Antônio Leite Alves Radicchi**

*Dedico este trabalho ao Giovany, meu companheiro de todas as horas, minhas irmãs e minha mãe por sempre me incentivarem a novos desafios.*

## **AGRADECIMENTOS**

Minha paixão pelo estudo, pelo conhecimento e vontade de contribuir de alguma forma na área da saúde, fez com que procurasse o Mestrado da Faculdade de Medicina da UFMG. Sabia que as dificuldades seriam muitas, pois é difícil conciliar o estudo com toda a demanda diária. Nesta caminhada deparei-me com muitas pessoas que compreenderam o meu sonho e de alguma forma contribuíram para a execução desta pesquisa.

Em especial agradeço a professora Elza Machado de Melo pela oportunidade de convivência e usufruto de toda sua sabedoria.

Ao professor Victor Hugo de Melo e Marcus Vinícius Polignamo pela confiança e pela oportunidade de trabalharmos juntos.

Ao professor Ricardo Tavares pela colaboração e empenho no campo da estatística.

Obrigada a todos os professores do Mestrado por terem proporcionado o conhecimento necessário para o cumprimento de cada etapa.

Aos meus colegas e amigos do Núcleo de Promoção da Saúde, agradeço pela amizade, carinho e incentivo nesta caminhada.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos partilhados em conjunto.

Agradeço aos meus familiares pelo apoio e a compreensão deste momento que exigiu tanta dedicação.

Agradeço aqueles que por ventura não tenho citado, mas que de alguma forma contribuíram para a execução deste trabalho.

Meu muito obrigado a todos!

## RESUMO

**Introdução:** A presente pesquisa está vinculada a um Projeto centrado no estudo da violência que é perpetrada contra a mulher, “Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós”, de âmbito Nacional, executado pela Universidade Federal de Minas Gerais com apoio do Ministério da Saúde. Para o estudo foram coletados 463 questionários *on line* respondidos por alunos participantes do curso de capacitação (EAD) do Projeto “Para Elas”, ministrado no segundo semestre do ano de 2014 e janeiro de 2015. O Curso foi direcionado aos profissionais de diversos estados brasileiros, pertencentes à rede de atendimento à mulher em situação de violência. Com este estudo espera-se uma reflexão sobre a percepção deste profissional ao atender na rede de assistência da violência contra a mulher. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi analisar junto aos profissionais inscritos no EAD, que trabalham com mulheres em situação de violência, a percepção sobre a Rede de Assistência da Violência contra a Mulher. Fez parte também desta pesquisa conhecer os dados sócio demográficos dos inscritos. **Metodologia:** A metodologia foi a de pesquisa com estudo transversal descritivo quantitativo, tendo como eixo temático o enfrentamento da violência contra a mulher. A base de dados foi obtida através da aplicação de um questionário semiestruturado, do qual foram trabalhadas 19 perguntas fechadas. O Curso de Atualização à Distância foi o instrumento utilizado para oferecer subsídios para trabalhar os temas de abordagem da mulher em situação de violência. Foi realizada a análise das diversas variáveis, associadas ao perfil da percepção dos participantes, no atendimento da mulher quando em situação de violência e suas possíveis correlações. **Resultados:** Profissionais capacitados no último ano (70,5%) sentem-se mais confiantes para o atendimento comparando-se aos profissionais capacitados nos últimos três anos (62,8%). Quanto mais alto o nível de atenção no caso, atenção terciária (62,2%), maior é a associação à sentimentos positivos (confiante e seguro). Profissionais capacitados estão mais associados com sentimentos positivos e os não capacitados com sentimentos negativos (infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro). **Conclusão:** A percepção do profissional participante do EaD pode representar aspectos da prática profissional na rede de assistência da violência contra mulher.

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



## ABSTRACT

**Introduction:** This research is linked to a project focused on the study of violence that is perpetrated against women, "For Them, For They, Why They, for Us," National framework, implemented by the Federal University of Minas Gerais with support Ministry of Health. for the study were collected 463 questionnaires on line answered by students participating in the training course (EAD) of the Project "for Them", held in the second half of 2014 and January 2015. the course was directed to professionals several Brazilian states, belonging to the network of care for women in situations of violence. This study is expected to reflect on the perception of this professional to meet the service network of violence against women. **Objective:** The objective of the study was to analyze together the professionals enrolled in distance education, working with women victims of violence, the perception on Violence Assistance Network Against Women. Was part of this research also know the social demographics of subscribers. **Methodology:** The methodology was the research with quantitative descriptive cross-sectional study, with the main theme addressing violence against women. The data base was obtained by applying a semi-structured questionnaire, which were worked 19 closed questions. The distance to the Refresher Course was the instrument used to provide subsidies for working women's approach to issues in situations of violence. the analysis of several variables was performed, associated with the profile of the perception of the participants in the care of women when in violence and its possible correlations situation. **Results:** Professionals trained in the last year (70.5%) feel more confident to meet comparing to qualified professionals in the last three years (62.8%). The higher the level of attention in the case, tertiary care (62.2%), the greater the association with positive feelings. trained professionals are more associated with positive feelings (confident and secure) and not trained with negative feelings (unhappy, embarrassed, helpless, fearful, worried, anxious and insecure). **Conclusion:** The perception of distance education professional participant might represent some aspects of professional practice in the support network of violence against women.

**Keywords:** Violence against Women. Distance Education. Health evaluation

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** A construção das Redes Sociais na Saúde.

**Figura 2:** Mapa de Correspondência entre o sentimento ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e o local de atuação desses profissionais.

**Figura 3:** Mapa de Correspondência entre região x capacitação e o sentimento desses profissionais.

**Figura 4:** Distribuição do indicador de percepção do sentimento segundo a capacitação ou não do profissional.

**Figura 5:** Distribuição do indicador de percepção do sentimento segundo o nível de atenção do profissional.

**Figura 6:** Distribuição do indicador de percepção do sentimento segundo a região brasileira do profissional.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Rede Primária e Redes secundárias.

**Tabela 2-** Características da Rede de Enfrentamento e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

**Tabela 3 -** Profissionais, instituições e serviços que compõem a Rede de Assistência à Mulher em situação de violência.

**Tabela 4 -** Unidades de estudo e carga horária.

**Tabela 5-** Composição do indicador a partir das variáveis e suas respectivas contribuições.

**Tabela 6-** Características sócio demográficas.

**Tabela 7-** Características sócio demográficas e o sentimento de confiança.

**Tabela 8-** Percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência.

**Tabela 9-** Percepção sobre o atendimento na rede de assistência e enfrentamento da violência sentimento de confiança por regiões brasileiras.

**Tabela 10-** Percepção sobre o atendimento na rede de assistência e enfrentamento da violência sentimento de insegurança por regiões brasileiras.

**Tabela 11-** Os níveis de atenção e o sentimento de confiança.

**Tabela 12-** Capacitação x tempo de capacitação e o sentimento de confiança

**Tabela 13 -** Pontos da Rede de Atenção que o poder municipal ou estadual garante atendimento para a mulher em situação de violência.

**Tabela 14 -** Rede de atendimento à mulher vítima de violência sexual.

**Tabela 15-** Rede de atendimento por regiões Brasileiras.

**Tabela 16 -** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (sentimento).

**Tabela 17-** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna

**Tabela 18-** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (região x capacitação).

**Tabela 19-** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (sentimento).

## LISTA DE NOTAÇÕES

AC	Análises de Correspondência
CAVIV	Centro de Atendimento às Vítimas de Violência
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPMIVCM	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra Mulher
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
EaD	Ensino a Distância
FM	Faculdade de Medicina
FORMSUS	Formulário do SUS
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NSA	Não se aplica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organismos de políticas para as mulheres
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher,
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	19
2.1. A construção da Rede Social na saúde.....	19
2.2. A Rede de Assistência à Mulher em Situação de Violência.....	24
2.3. Profissionais, instituições e serviços que participam da Rede de Assistência à Mulher em Situação de Violência.....	27
2.4. Projeto Para Elas.....	28
2.5. O Ensino à Distância (Ead) do Projeto Para Elas.....	29
2.6. Estudo da percepção dos profissionais participantes do EaD.....	30
<b>3.OBJETIVO GERAL</b> .....	32
3.1.Objetivos específicos.....	32
<b>4.METODOLOGIA</b> .....	32
4.1. O Questionário.....	32
4.2 Variáveis do estudo .....	33
4.3 O Universo do estudo.....	34
4.4 Análise dos Dados .....	36
4.4.1Estudo das Frequências Simples.....	36
4.4.2 Estudo da correlação entre variáveis.....	37
4.4.3 Estudo dos indicadores de sentimento.....	37
<b>5. RESULTADO</b> .....	38
5.1. Distribuição Geográfica dos Participantes.....	38
5.2 Percepção sobre a Rede de Assistência .....	40
5.3 A Rede de Enfrentamento da violência contra a mulher .....	45

5.4 As correlações existentes entre o sentimento e a rede de atendimento da violência contra a mulher.....	47
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	54
<b>7.CONCLUSÃO</b> .....	61
<b>COMENTÁRIOS FINAIS</b> .....	62
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	63

## 1.INTRODUÇÃO

A violência é considerada um problema de saúde pública global, e no Brasil é responsável por uma grande parcela das morbidades (sexta maior causa de internações hospitalares) e mortalidade (terceiro lugar). Considerada um desafio para a saúde, justiça criminal, direitos humanos e desenvolvimento. É uma ameaça à vida e a saúde física e mental de milhões de pessoas, gera encargos nos sistemas de saúde, prejudica a formação de capital humano, e reduz o desenvolvimento econômico e social (REICHENHEIM et al.,2011; WHO,2010; GARCÍA-MORENOand STOCKL,2009).

Conforme Relatório sobre Violência e Saúde da *World Health Organization* (WHO), (2010) a violência pode ser classificada em três categorias principais: autodirigida (suicídio, tentativas de suicídio e auto abuso); 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). Em 2004, juntos, estas formas de violência foram responsáveis por 1,6 milhões de mortes ou 2,8% da causa global de mortalidade em todo o mundo (WHO,2010).

Homens, mulheres, crianças e idosos enfim, todos, são atingidos pela violência. Homens jovens, negros e pobres são considerados os principais agressores na comunidade já as mulheres e crianças negras desfavorecidas são as principais vítimas da violência doméstica. No geral, os homens tendem a ser vítimas predominantemente da violência praticada no espaço público, já as mulheres sofrem cotidianamente com a violência praticada em seus próprios lares, na maioria das vezes praticada por seus companheiros e familiares (REICHENHEIM et al.,2011; BRASÍLIA,2011a).

A violência contra as mulheres é uma das formas de violação dos direitos humanos, desrespeitando, também, o direito à vida, a saúde e à integridade física. A violência é um fenômeno que 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” (WHO, 2010), a violência contra a mulher é uma definição ampla e aborda características, como:

“I - violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II -violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno

desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III -violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV -violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V -violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria” (BRASÍLIA, 2011a; Lei nº 11.340/2006).

No Brasil, dados sobre mortalidade apontam que uma mulher é morta a cada duas horas no Brasil o que o coloca na 12ª posição da classificação mundial de homicídios contra as mulheres. Estudos sobre a resolução de conflitos cotidianos entre casais apresentaram as seguintes prevalências: 78,3% de agressões psicológicas; 21,5% de abusos físicos menores; e 12,9% de abusos físicos graves (REICHENHEIM et al.,2011).

Dados globais de violência física contra a mulher por parceiro íntimo demonstraram que entre 10% a 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 vontade em sua vida. De 1% a 28% de mulheres relataram abuso físico durante a gravidez. Aproximadamente 20% das mulheres relataram abusos sexuais durante a infância. Uma em cada três mulheres no mundo que já tiveram um parceiro, relataram violência física ou sexual, ou ambos. Estima-se que 2,5 milhões de pessoas são traficadas todos os anos, a maioria mulheres e crianças (WHO,2009;GARCÍA-MORENO and STOCKL,2009).

Assim, verifica-se que a abordagem da violência é um tema de relevância em Saúde Pública, pois é um fenômeno que acarreta enorme impacto social sobre a saúde dos indivíduos e da Sociedade. Exige estratégias de intervenção envolvendo implantação de políticas que visam à promoção de “mudanças estruturais, sócio culturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno” (BRASIL,2008; MELO, 2010; WHO,2010).



Na atualidade, identifica-se insuficiente estruturação dos sistemas de saúde no Brasil e no mundo, para atender as diversas demandas de saúde da sua população. Estabelecer política para conter a violência contra as mulheres exige uma atuação conjunta interinstitucional para o enfrentamento do problema, na tentativa de garantir a integralidade na assistência às vítimas. Percebe-se, assim, a necessidade de uma abordagem de diversas áreas de conhecimento, como: saúde, educação, assistência social, segurança pública, cultura e, justiça, entre outras. (MENDES,2011; BRASÍLIA,2011a; SOUZA,2009; GARCÍA-MORENO ET AL,2014).

Neste contexto, estudos sobre a importância dos laços sociais e dos ambientes sociais são necessários para o enfrentamento de vários problemas na área da saúde e, entre estes, a violência. As Redes Sociais são apresentadas como meio eficiente de fornecer ajuda emocional, material, além de serviços e informações às pessoas. Já as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são o meio de organizar o sistema de atenção em sistemas integrados que possam responder de forma eficiente às condições de saúde da população brasileira (MENDES,2011; BRASÍLIA,2011a; SOUZA,2009).

Nesta 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 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 (BRASÍLIA, 2011a).

Em 2011, foi criada a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) pelo Congresso Nacional, com o objetivo de “investigar a situação de violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. A CPMI surge no contexto em que a mais grave forma de violência, o homicídio, aumentou nos últimos 30 anos no Brasil. O Relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência contra a Mulher (CPMIVCM) fornece informações atualizadas sobre a oferta de serviços que compõem a Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher em todos os estados brasileiros (CPMI,2013 p.10).

O Projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós/Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência surge com intuito de colaborar com a discussão da violência contra a mulher e tem como objetivos principais: a capacitação de profissionais; a organização da rede de atenção; e a produção de conhecimento e de material científico. Em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina (FM), Departamento de Medicina Preventiva (DMP), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde foi elaborado o curso de Ensino a Distância (EaD) do projeto Para Elas, Por elas, Por eles e Por nós, intitulado Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, e que desde julho de 2014 vem capacitando profissionais em todo Brasil (MELO,2015a).

Assim, pretende-se neste estudo apresentar a percepção do profissional de saúde e de áreas afins participante do Curso de Ensino à Distância do Projeto Para Elas (EaD), sobre a Rede de Assistência da Violência contra a Mulher, de diversas localidades do Brasil.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1. A construção da Rede Social na saúde**

Discussões sobre a atuação em rede social surgiram inicialmente, nas áreas das Ciências Humanas, Sociologia e Antropologia, e cada vez mais foram exploradas na área da Saúde. Atualmente, percebe-se a tendência de incluir as questões relacionadas as redes sociais em estudos da saúde, tendo como base a compreensão de que a saúde individual ou coletiva é o resultado das complexas relações entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nesta perspectiva surgem conceitos como: apoio social, laços sociais e redes sociais (CHOR et al, 2001; SOUZA,2009).

Cassel (1974) e Cobb (1976) foram os primeiros autores a relatarem a relação entre laços sociais e saúde. Para os autores a ruptura de laços sociais afetariam os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo se tornaria mais suscetível a doenças. Assim, os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse. Cassel (1974) relatou como alguns

fatores ambientais eram importantes na etiologia de doenças. Para o autor, os fatores de densidade populacional e o aumento da aglomeração poderiam estar relacionados com a maior incidência de doenças nas populações carentes. Contemplando estas discussões, Cobb (1974) realizou uma análise sobre a existência da relação entre o apoio social e a saúde e pode concluir que o apoio social adequado poderia proteger as pessoas de várias doenças. Berkman e Syme (1979) avaliaram o conceito dos laços sociais com a mortalidade e evidenciaram que as pessoas que não tinham laços sociais e comunitários eram mais propensas a morrer comparando-se com aqueles que possuíam contatos mais amplos. Assim, os laços sociais são entendidos como os meios de integração social. E apoio social como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos (GRIEP et al,2005; CASSEL,1974; COBB,1976; BERKMAN and SYME,1979).

Desde a década de 70, foram realizadas discussões sobre os laços sociais ou apoio social e a sua relação com a saúde dos indivíduos. Mais recentemente, diversos autores consolidaram a importância dos ambientes sociais para a saúde, categorizando-os e descrevendo áreas sociais que deveriam participar deste processo (SANICOLA,1995; ZACCARIN, 2002; SOARES, 2002; GERHARDT, 2003).

Assim, autores apresentam uma nova definição a de rede social, que é compreendida como um “conjunto de relações interpessoais que determinam as características da pessoa tais como: hábitos, costumes, crenças e valores” (SANICOLA, 1995; ZACCARIN,2000 and GERHARDT,2003 *apud* SOUZA,2009 p.2; SOARES,2002).

Essa rede pode fornecer à pessoa ajuda emocional, material, de serviços e informações. O conceito de rede social também indica

“...um conjunto de situações entre as quais se evidenciam relações afetivas, de amizade, de trabalho, econômica e social. A pessoa está, portanto, inserida em uma rede de relacionamentos na qual é vista como um sujeito social que interage com o mundo que o circunda, influenciando-o e se deixando influenciar. Tais relações podem ser importantes em determinados períodos, irrelevantes ou ausentes em outros” (ZACCARIN,2000; GERHARDT,2003 *apud* SOUZA, 2009, p.2).

Redes sociais podem ser categorizadas como sendo de natureza primária e secundária. As redes primárias indicam os vínculos construídos pelas relações de parentesco, de amizade ou de vizinhança, e estão fundados sobre a reciprocidade e a confiança. As redes secundárias se dividem em redes formais e/ ou informais, de terceiro setor, de

mercado ou mistas. A principal diferença entre essas redes é o tipo de troca que ocorre: a reciprocidade, o direito, o dinheiro ou uma combinação desses meios (SOARES,2002; SANICOLA,1995 *apud* SOUZA,2009).

“A rede secundária formal é constituída por instituições sociais com existência oficial e estruturação precisa (instituições de assistência, saúde, educação e outras), e se caracteriza pela prestação de serviços de acordo com as demandas das pessoas e pela troca fundada no direito. A rede secundária informal é aquela que se constitui a partir da rede primária, quando há necessidade ou dificuldade comum vivenciada pelos membros que fazem parte da mesma rede. Nessa rede, o vínculo é fundado na solidariedade e são trocados serviços, não dinheiro. As redes secundárias do terceiro setor, ou organizações do terceiro setor, são associações ou organizações constituídas por pessoas da sociedade civil, que se situam no âmbito da prestação de serviços, mas não visam lucro; caracterizam-se pelas trocas fundadas tanto no direito como na solidariedade. Já a rede secundária de mercado diz respeito a atividades econômicas rentáveis, sendo a sua existência estreitamente ligada ao dinheiro e ao lucro como, por exemplo, empresas, estabelecimentos comerciais e clínicas de saúde privada. Nesse caso, o intercâmbio dá-se pela troca de direito e de dinheiro” (SOARES,2002; SANICOLA,1995 *apud* SOUZA,2009, p.2).

**Tabela 1-** Rede Primaria e Redes secundárias

Rede Primária	Redes Secundárias			
	Formais	Informais	Terceiro Setor	Mercado
Relações de parentesco, de amizade ou de vizinhança.	Instituições sociais com existência oficial.	O vínculo é fundado na solidariedade e são trocados serviços, não dinheiro.	Associações ou organizações constituídas por pessoas da sociedade civil que não visam lucro.	Atividades econômicas rentáveis.

Fonte: SOARES,2002; SANICOLA,1995 *apud* SOUZA,2009.

Estudar as redes sociais favorece a compreensão de como essas redes influenciam a tomada de decisão de indivíduos diante de suas necessidades específicas. Assim, é possível compreender que as redes sociais são capazes de exercer uma influência positiva na saúde das pessoas, protegendo-as contra as doenças, enquanto que a deficiência de relações sociais é fator de risco para a saúde (SOUZA, 2009; DUTRA et al, 2013; BRASÍLIA,2011b; MENDES, 2011).

Neste contexto, os estudos sobre os meios utilizados por mulheres em busca de recursos para o enfrentamento da violência apresentam vários fatores que lhes trazem

dificuldades, tais como: a falta de apoio; a revitimização; e a atitude preconceituosa por parte daqueles que deveriam acolhê-las e sugerem que, apesar da existência de serviços especializados, a atuação isolada não evita a exposição da mulher a novas situações de violências. Por este motivo, o trabalho em rede é a cada vez mais recomendado para o setor da Saúde, devendo ocorrer por meio de políticas públicas que visam articular todas as instâncias de proteção das mulheres em situação de violência. E na saúde, a articulação de serviços em rede ocorreram, inicialmente, com a evolução dos Sistemas Integrado de Saúde para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SOUZA, 2009; DUTRA et al, 2013; BRASÍLIA,2011b; MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como consequência dos sistemas integrados de saúde, por volta da primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos. Porém, a proposta de trabalhar com as RAS é quase centenária e foi apresentada pela primeira vez no Relatório Dawson (1964), publicado em 1920 (MENDES, 2011; DAWSON, 1964).

No Brasil, são recentes os trabalhos sobre esta temática. Em 1998, Mendes identificou a necessidade de mudanças no sistema de atenção à saúde. Em 2000, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará relata experiência sobre integrar o sistema público para superar as fragilidades da fragmentação decorrentes da municipalização. Em 2001, Mendes apresentou uma proposta para a construção das RAS no SUS. No programa Mãe Curitibana, em 2001, há relatos de uma experiência pioneira de uma rede temática de atenção à mulher e à criança, o que culminou com a realização do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Curitiba. Em 2003/2010, o governo de Minas Gerais apresentou em seu plano as Redes de Atenção à Saúde como prioridade e estabeleceu a criação das redes de atenção à mulher e à criança, (Rede Viva vida), rede às doenças cardiovasculares e ao diabetes (Rede Hiperdia), rede de atenção aos idosos, Rede Mais Vida e rede de atenção às urgências e às emergências. Em 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apresentou como desafio do SUS realizar uma conexão da situação epidemiológica brasileira com o SUS, por meio da implantação das RAS. Em 2008, o Ministério da Saúde propõe a transição para as RAS, por meio dos territórios integrados de atenção à saúde e as linhas de cuidado e apresenta as diretrizes para sua implantação. Em 2011, a Organização Pan Americana apresentou um documento sobre as RAS como resposta à crise dos sistemas de saúde, bem como, um

desafio para sua implantação, dentre outras discussões. E ainda em 2010, é instituída a Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010 que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (MENDES, 2011, BRASIL,2010). Para Mendes (2010) as

“redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população” (MENDES,2010, p.2300).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as RAS como

“...a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, p.1).

Já a organização Pan Americana de Saúde (2010) apresenta as RAS como

“ ...uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010, p.11).

Em 2010, o Ministério da Saúde apresenta a definição das RAS como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnicos, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010 p.1).

A definição da Organização Mundial de Saúde (2008) se refere às RAS como uma gestão para adequada oferta de serviços; já a definição da Organização Pan Americana de Saúde apresenta em sua definição atributos para que se alcance este objetivo, com ênfase na definição da população e na reorganização da rede. O Ministério da Saúde (2010) como a organização Pan Americana de Saúde, apresentam atributos como a preocupação na definição do território, a participação integrada dos diversos níveis de assistência e os princípios estabelecidos pelo SUS (participação social, integralidade e universalidade de acesso aos serviços) (BRASIL, 2010).

Percebe-se a busca em nível local e global para a implantação das RAS nos sistemas de saúde, com base em evidências demonstrando que essas redes constituem uma saída

para a atual crise contemporânea dos sistemas de saúde. As RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos, bem como a organização, a qualidade e o impacto da atenção prestada, representando meios para o aperfeiçoamento da política de saúde com o aprofundamento de ações que consolidam o SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

## 2.2. A Rede de Assistência à Mulher em Situação de Violência

A Rede de Assistência à Mulher em Situação de violência trata-se de uma RAS que tem como objetivo trabalhar a prevenção da violência contra a Mulher. Inicialmente, as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíram ações isoladas, referindo-se basicamente a estratégias de capacitação profissional para rede de assistência e a criação de serviços especializados (BRASÍLIA,2011b).

A partir de 2003, com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), as ações de enfrentamento da violência contra mulher começaram a ser debatidas nas agendas públicas representando mudanças na forma de intervenção do Estado ao lidar com esta questão. E por meio da Secretaria de Políticas para Mulheres foi possível a elaboração da Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres que 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” (BRASÍLIA,2011a, p.9).

A Política Nacional foi formulada a partir do 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 (PNPM) realizado em 2004 propôs entre outras ações, a promoção da igualdade e o respeito à diversidade e a 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 (PNPM) que apresenta ações estratégicas relacionadas ao enfrentamento da violência ao racismo, sexismo e lesbofobia e enfrentamento às

desigualdades geracionais que atingem às mulheres (BRASIL,2004; BRASIL,2008; BRASÍLIA,2011a).

A política Nacional atende aos preceitos estabelecidos na Lei ° 11.340/2006 (lei Maria da Penha) e com convenções e tratados internacionais ratificados pelo Brasil, 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)( BRASÍLIA,2011a, p.14).

Entende-se por Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres como

“...a atuação articulada entre as instituições/ serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas 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” (BRASÍLIA,2011b, p.13).

A Rede de enfrentamento à violência contra a mulher visa ao combate, à prevenção e a assistência e a garantia de direitos às mulheres em situação de violência. Faz 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)” (BRASÍLIA,2011b, p.14).

Considerando o processo de construção da rede de atendimento à mulher destaca-se o processo evolutivo da sua mudança de conceituação, adotada desde 2010, para Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, em seu sentido mais amplo. Na perspectiva de compreender a complexidade da rede de atendimento e incluir a participação de novos atores sociais, compreende-se a necessidade da redefinição conceitual (BRASÍLIA,2011b).



Percebe-se a mudança evolutiva da Rede de Atendimento à mulher em situação de violência para Rede de Enfrentamento à mulher em situação de violência. Assim, compreende-se Rede de Atendimento 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” (BRASÍLIA,2011b, p.14).

Entende-se que a rede de atendimento faz parte da rede de enfrentamento à violência contra a mulher por incluir as ações assistenciais. Sendo que, a rede de enfrentamento às mulheres em situação de violência passa a contemplar “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” (BRASÍLIA,2011b, p.14).

**Tabela 2-** Características da Rede de Enfrentamento e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.

<b>Principais Características da Rede de Enfrentamento e da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.</b>	
<b>Rede de Enfrentamento</b>	<b>Rede de Atendimento</b>
Contempla todos os eixos da Política Nacional (combate, prevenção, assistência e garantia de direitos)	Refere-se somente ao eixo da Assistência/ Atendimento
Inclui órgãos responsáveis pela gestão e controle social das políticas de gênero, além de serviços de atendimento.	Restringe-se a serviços de atendimento (especializados e não especializados)
É mais ampla que a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.	Faz parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Fonte: Rede de Enfrentamento a Violência contra às Mulheres. Brasília, 2011b.

Portanto, entende-se a que rede de enfrentamento - por sua multiplicidade de serviços e instituições - pretende contemplar a complexidade da violência contra as mulheres e, para isto, há necessidade de articular diversos serviços e instituições para atuarem de forma integrada. E na assistência, é fundamental que os serviços atuem de forma intersetorial, definindo fluxos de atendimento e identificando demandas das mulheres

em suas diversidades. Estas ações estão respaldadas na Portaria 485, de 1º de abril, 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 nos remete a ruptura de um modelo tradicional de gestão pública que representa a departamentalização, a desarticulação e a setorialização das ações e das políticas públicas (BRASÍLIA,2011b; BRASIL,2014).

**Figura 1:** A construção das Redes Sociais na Saúde



### 2.3. Profissionais, instituições e serviços que participam da Rede de Assistência à Mulher em Situação de Violência.

A rede de Assistência à Mulher em Situação de Violência compreende a participação de várias áreas de conhecimento que compõem uma multiplicidade de instituições e serviços.

**Tabela 3** - Profissionais, instituições e serviços que compõem a Rede de Assistência à Mulher em situação de violência

Profissionais, instituições e serviços que compõem a Rede de Assistência à Mulher em situação de violência	
-Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher);	- Agentes governamentais e não governamentais;
- Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência,	- Fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres;
-Centros Integrados da Mulher;	- Organizações Não Governamentais feministas;
	- Movimento de mulheres;

---

-Casas Abrigo,	- Conselhos dos direitos das mulheres;
-Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagem),	- Conselhos de controle social;
-Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher;	- Núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres;
- Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas;	- Serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores;
- Promotorias Especializadas;	- Universidades;
- Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher;	- Órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos;
-Central de Atendimento à Mulher Ligue 180;	-Serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência;
-Ouvidoria da Mulher;	-Profissionais da Saúde;
-Serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual;	-Profissionais da Assistência Social;
-Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos;	-Profissionais da Segurança;
	-Profissionais do Jurídico;
	-Profissionais da Educação.

---

Fonte: Brasília,20011b;

#### 2.4. Projeto Para Elas

O Projeto Para Elas é um projeto do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com o Ministério da Saúde que tem como uma de suas propostas contribuir com as ações estratégicas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Mulher e Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta. Seu lançamento ocorreu no Seminário intitulado “**PARA ELAS. Por elas, por eles... Por nós**”, realizado nos dias 21 e 22 de fevereiro de 2013, no Campus da UFMG em Belo Horizonte. E desde então, tem realizado capacitações em todas as unidades da federação. O projeto contempla as seguintes metas:

- Realização de um seminário nacional e cinco seminários macrorregionais;
- **Realização de curso a distância para 1.350 profissionais de saúde em todo o país;**
- **Realização de curso a distância para profissionais multiplicadores;**
- Treinamento em serviço de 10 equipes para prestar cuidados à mulher do campo e da floresta, em situação de violência;
- Produção de material técnico e científico sobre o tema;

- Mapeamento da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (MELO,2015a).

Este estudo está vinculado a um Projeto maior, Projeto Para Elas, por elas, por eles e por nós, que prevê várias ações desenvolvidas no Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Minas Gerais. Assim, esta pesquisa abordará as ações do subprojeto, o Ensino a Distância (EaD) do Projeto para Elas, realizado para contemplar as metas: realização de curso a distância para 1350 profissionais de saúde em todo o país e realização de curso a distância para profissionais multiplicadores do Projeto Para elas.

## 2.5. O Ensino à Distância (Ead) do Projeto Para Elas

O Ensino a Distância (EaD) caracteriza-se como modalidade na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorrem 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 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 (BRASIL,2005; PAULA et al,2004).

Em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz e do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/DMP/FM, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde foi possível a elaboração do curso de ensino a distância (EaD) do projeto Para Elas, por elas, por eles e por nós de “Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência”, que desde julho de 2014 vem capacitando profissionais em todo Brasil.

O curso ofereceu às referências estaduais e municipais dos Estados brasileiros a capacitação sobre a atenção à mulher em situação de violência. Foram disponibilizadas 50 vagas por Estado (sendo 46 vagas disponibilizadas para profissionais da saúde e 4 para profissionais de outras áreas envolvidas no atendimento de mulheres em situação

de violência) mais o Distrito Federal, e espera-se o total de 1.350 profissionais capacitados até o término do curso.

O objetivo do curso é capacitar profissionais para atuarem na atenção à mulher em situação de violência. O curso foi elaborado tendo como base o modelo das competências, com foco no desenvolvimento do conhecimento, das atitudes e das habilidades profissionais. A carga horária é de 60 horas, organizada em três unidades articuladas:

**Tabela 4** -Unidades de estudo e carga horária

<b>Unidades de Estudo</b>	<b>Carga horária</b>
1-Bases teórico-metodológicas explicativas da violência nas sociedades contemporâneas.	20 horas
2-Modos de enfrentamento: políticas públicas de abordagem da violência contra a mulher.	20 horas
3-O cuidado da mulher em situação de violência.	20 horas

Fonte:Melo,2015a.

## 2.6. Estudo da percepção dos profissionais participantes do EaD

Para a semiótica ou lógica da linguagem, o controle do raciocínio, exercido pela associação de ideias, é completado pela percepção, em relação ao controle da experiência. Raciocínio e experiência, de um lado, e associação e percepção, de outro, são faces da mesma folha e constituem elementos fundamentais da linguagem, enquanto representação. Há duas formas de percepção: o percepto e juízo perceptivo (FERRARA,1993).

O percepto é uma imagem que se apresenta na sensação de sua materialidade, frequentemente visual, sem nos permitir o conhecimento ou a consciência do modo pelo qual se constrói. Essa imagem de sensações vivas, totais e singulares, é unidirecional e arbitrária, visto não permitir qualquer liberdade de interpretação do seu sentido, do seu valor ou da realidade da sua manifestação. Um percepto é, por assim dizer, uma protopercepção, visto que, a esse ato automático, não cabe, propriamente, a consciência, mas apenas o registro do receptor, uma percepção passiva, próxima a um hábito de

perceber espontâneo o incontrolável, ao qual não corresponde crença ou descrença (FERRARA,1993).

O juízo perceptivo, ao contrário, é uma percepção ativa que depende, integralmente, da consciência do receptor, porque é da memória das suas experiências passadas e arquivadas nas suas associações que ele extrai os predicados que permitem quebrar a singularidade do percepto e diversificar sua unidade. O juízo perceptivo opera ativamente sobre o percepto, na medida em que lhe impõe uma diversificação de aspectos que se valorizam no conhecimento, porque começam a significar mais. O juízo perceptivo não é um registro, mas um processo, uma operação plural (FERRARA,1993).

Do ponto de vista das teorias do conhecimento, há três concepções principais sobre o papel da percepção:

1. Teorias empiristas, a percepção é a única fonte de conhecimento, estando na origem das ideias abstratas formuladas pelo pensamento (CHAUÍ, 2000).
2. Teorias racionalistas intelectualistas, a percepção é considerada não muito confiável para o conhecimento porque depende das condições particulares de quem percebe e está propensa a ilusões, pois frequentemente a imagem percebida não corresponde à realidade do objeto (CHAUÍ, 2000).
3. Teoria fenomenológica do conhecimento, a percepção é considerada originária e parte principal do conhecimento humano, mas com uma estrutura diferente do pensamento abstrato, que opera com ideias (CHAUÍ, 2000).

Assim, a percepção pode ser considerada uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de sentido e tem sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo e de nossas vivências. O próprio mundo exterior não é uma coleção ou uma soma de coisas isoladas, mas está organizado em formas e estruturas complexas dotadas de sentido. Há assim, uma relação do sujeito com o mundo exterior, uma conduta vital, uma comunicação, uma interpretação e uma valoração do mundo, a partir da estrutura de relações entre nosso corpo e o mundo que envolve toda nossa personalidade, nossa história pessoal, nossa afetividade, nossos desejos e paixões, isto é, a percepção é uma maneira fundamental de os seres humanos estarem no mundo. Ela envolve nossa vida social, os significados e os valores das coisas percebidas decorrentes

de nossa sociedade e do modo como nela as coisas e as pessoas recebem sentido, valor ou função (CHAUI,2000).

Neste contexto, o presente estudo visa compreender a percepção dos profissionais sobre a rede de assistência e enfrentamento da violência contra a mulher. Para seu desenvolvimento optamos por realizar uma pesquisa de cunho quantitativo, considerando que esta técnica permite quantificar na forma de coleta de dados as informações necessárias que serão extraídas para atingir os objetivos propostos. Assim, pretende-se averiguar quais os sentimentos que o profissional possui ao atender nesta rede de assistência. Portanto, é importante para nós sabermos se o profissional se sente confiante, seguro, preocupado, impotente, inseguro, angustiado, constrangido, temeroso ou infeliz ao atender na rede de assistência e enfrentamento da violência contra a mulher (LEGENDRE,1993).

### **3.OBJETIVO GERAL:**

Descrever a percepção dos profissionais participante do Ensino à Distância (EaD) do Projeto Para Elas, sobre a Rede de Assistência da Violência contra a Mulher.

#### **3.1.Objetivos específicos:**

- Identificar o perfil sócio demográfico dos alunos matriculados;
- Descrever a percepção do profissional ao atender uma mulher em situação de violência;
- Verificar possível relação entre a percepção do profissional ao atender uma mulher em situação de violência na rede existente de apoio.

### **4.METODOLOGIA**

Este projeto atende aos princípios éticos conforme a resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que reviu a resolução CNS 196/96, 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 uma pesquisa transversal por abordagem quantitativa. A base de dados foi obtida através da aplicação de um questionário semiestruturado, respondido por

participantes do curso de Ensino a Distância (EaD) do Projeto Para Elas, por elas, por eles e por nós, realizado em 2014.

#### 4.1. O Questionário

O questionário foi aplicado antes do início do curso. Na parte inicial do questionário apresentou-se o Projeto e seus objetivos e solicitou-se a autorização do respondente para o uso dos dados, com a garantia do anonimato e confidencialidade das informações. A seguir veio o questionário propriamente dito (anexo).

Para validar o questionário foram realizados pré-testes em três momentos distintos:

- No primeiro, o questionário foi aplicado em papel para os integrantes do Grupo de Pesquisa do Inquérito, cerca de 20 pessoas adultas de ambos os sexos com ocupações diversas (saúde, direito e trânsito), que participam de um grupo de pesquisa vinculado ao Núcleo de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Após o pré-teste, foi realizada a análise com relação à compreensão das questões e feitas as alterações sugeridas, com o intuito de melhorar a formulação do questionário.
- O segundo teste foi realizado pela internet, com o Grupo de Pesquisa da Violência Contra a Mulher, já com as modificações observadas na primeira análise, para verificar a qualidade da nova abordagem das questões propostas, além de avaliar o formato do Form. SUS como meio de aplicação;

Este Grupo é composto por 15 pessoas adultas de ambos os sexos, com ocupações diversas, apresentando predominância do pessoal da saúde, e que participaram de um grupo de estudo e discussão vinculada ao Núcleo de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

- O último pré-teste via internet foi realizado neste período, com o grupo de profissionais recém-selecionados no Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência contra a Mulher, e que não tiveram contato anterior com o questionário para uma nova análise (CAIXETA,2015).



Os participantes receberam o questionário por e-mail e ao acessá-lo eram direcionados a plataforma Form. SUS, versão 3.0, que é uma plataforma *on line*, desenvolvida e vinculada ao Data SUS, utilizada para aplicação de questionários da área de saúde.

#### 4.2 Variáveis do estudo

O questionário é composto por 6 seções que abordam os seguintes temas:

- 1- Identificação;
- 2- Formação;
- 3- Trabalho;
- 4- Percepção do profissional sobre seu papel na abordagem da mulher em situação de violência;
- 5- Ações e políticas para atenção a mulher em situação de violência;
- 6- Rede de atenção e enfrentamento da violência sexual.

Foram utilizadas para este estudo as seguintes variáveis:

#### **I - Identificação**

- 01- Idade.
- 02- Sexo.
- 03- Estado onde trabalha.
- 04- Estado civil.
- 05- Cor da pele.
- 06- Cidade onde trabalha.

#### **II - Formação Acadêmica**

- 07- Graduação.
- 08 - Superior Completo. Qual?
- 09 - Pós-Graduação.

#### **III - Trabalho**

- 10- Tipo de Instituição.
- 11- Em qual setor você trabalha.

12 - A Instituição onde você trabalha atende a mulher em situação de violência?

#### **IV - Percepção do Profissional sobre seu Papel na Abordagem da Mulher em Situação de Violência**

13- Você já atendeu uma mulher em situação de violência?

14- Você foi capacitado para este atendimento?

15- Há quanto tempo foi sua última capacitação para o atendimento da mulher em situação de violência?

16- Como você se sente ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência?

17- Quais os tipos de violência contra a mulher são atendidos no serviço onde você trabalha?

18- Em quais pontos da Rede de Atenção o Município/ Estado onde você trabalha garante atendimento para a mulher em situação de violência?

#### **VI-Rede de atenção e enfrentamento da violência sexual**

19- Quais são os serviços existentes no seu município que oferecem atendimento à mulher em situação de violência sexual?

#### **4.3 O Universo do estudo**

O estudo foi intencional e o tamanho da pesquisa determinado pelo número de participantes do EaD. Os critérios utilizados para seleção dos participantes foram ser da saúde e de outras áreas afins ao atendimento da mulher em situação de violência e inscritos no curso EaD. O curso teve início em julho de 2014 e término em janeiro de 2015 (CAIXETA,2015).

Posteriormente a inscrição os participantes receberam uma senha de acesso para responderem ao questionário na plataforma do SUS (FORMSUS).

Com a finalidade de inclusão do questionário na base de dados do estudo, foi estabelecido o critério de ser preenchido de forma completa e enviado antes da data do início do curso.

O critério de exclusão adotado seguiu à orientação, fornecida aos participantes, de que todas as questões teriam respostas obrigatórias, sendo em algumas delas permitido responder como não aplicável (NSA – Não se Aplica). Desta forma, os questionários incompletos foram desconsiderados.

Foram identificadas ocorrências de questionários preenchidos pelo mesmo participante (duplicados). Nesta situação, o critério adotado foi o de considerar o questionário completo mais antigo, desconsiderando os demais.

O curso de Ensino à Distância do presente estudo recebeu um total de 663 participantes que poderiam responder ao questionário. Assim, 200 questionários foram excluídos por estarem incompletos conforme critérios estabelecidos, gerando uma base de dados de 466 questionários. E três questionários foram excluídos pois foram preenchidos ao final do curso sendo que o nosso interesse seria avaliar o conhecimento prévio a esta capacitação. Por fim, a base de dados compõe-se de 463 questionários.

#### 4.4 Análise dos Dados

Foram realizadas análises das questões quantitativas por meio do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), ao qual foi realizado inicialmente a distribuição de frequência simples e percentuais. Em seguida, foram realizadas associação entre as variáveis que apresentavam significância para o objetivo deste estudo por meio de Análises de Correspondência (AC) (CAIXETA,2015).

A Análise de Correspondência é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados, adequada para análise de tabelas de duas ou múltiplas entradas, levando em conta medidas de correspondência entre linhas e colunas. A AC basicamente converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas em forma gráfica. Embora seja considerada uma técnica descritiva e exploratória, a AC simplifica dados complexos e produz análises de informações que suportam conclusões a respeito das mesmas. A Análise de Correspondência possui diversos aspectos que a distingue de outras técnicas de análise de dados e a sua natureza multivariada permite revelar relações que não seriam detectadas em comparações aos pares das variáveis (CZERMAINSKI, 2004).

#### 4.4.1 Estudo das Frequências Simples

Foram realizados os levantamentos das características sócio demográficas dos participantes, com levantamento absoluto e percentual das faixas-etárias, sexo, cor, estado civil, grau de instrução (Graduação), área de conhecimento, formação, tipo de instituição, segmento em que trabalha e região brasileira.

#### 4.4.2 Estudo da correlação entre variáveis

Foram realizados mapas de correspondência entre o sentimento ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e a sua relação com: o local de atuação desses profissionais na rede de assistência, capacitação destes profissionais e a região que localiza estes profissionais.

O mapa de correspondência permite a interpretação de resultados por meio de gráficos, assim é possível averiguar mais especificamente o grau de relação entre as variáveis. A cada variável é atribuído um valor que indicará a sua dimensão de análise, no nosso caso dimensão 1 ou 2. Assim, no gráfico deve-se considerar esta dimensão para realizar a análise, quanto mais próximo as variáveis, maior será o grau de relação que possuem entre as mesmas.

#### 4.4.3 Estudo dos indicadores de sentimento

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas referentes ao sentimento do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência, construiu-se um indicador para representar esse sentimento. Na elaboração do indicador percepção de sentimentos, os sentimentos 'seguro' e 'confiante' foram considerados sentimentos de percepção positiva já 'infeliz' e 'constrangido', 'impotente', 'temeroso', 'preocupado' e 'angustiado', 'inseguro', foram associados a percepção de sentimentos negativos. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas em: (-1) para respostas indicativas de sentimento negativo e (1) para respostas indicativas de sentimento positivo, conforme a contribuição apresentada na tabela.

**Tabela 5** Composição do indicador a partir das variáveis e suas respectivas contribuições

Indicador	Variáveis (X <sub>i</sub> )		Contribuição (c <sub>i</sub> )
Sentimento	X <sub>1</sub>	Confiante	1
	X <sub>2</sub>	Seguro(a)	1
	X <sub>3</sub>	Preocupado(a)	-1
	X <sub>4</sub>	Impotente	-1
	X <sub>5</sub>	Inseguro(a)	-1
	X <sub>6</sub>	Angustiado(a)	-1
	X <sub>7</sub>	Constrangido(a)	-1
	X <sub>8</sub>	Temeroso(a)	-1
	X <sub>9</sub>	Infeliz	-1

A expressão para o cálculo desse indicador de sentimento (IS) é apresentada abaixo,

$$IS = \sum_{i=1}^9 X_i$$

Esse indicador foi padronizado para que assumisse valor na escala 0-1. A padronização adotada foi a seguinte

$$ISpad_i = \frac{IS_i - \min(IS)}{\max(IS) - \min(IS)}$$

É importante notar que quanto mais próximo de um for esse indicador padronizado, maiores serão os indicativos de bons sentimentos ou de sentimentos positivos, segundo a opinião do entrevistado.

## 5. RESULTADO

### 5.1. Distribuição Geográfica dos Participantes

Na Tabela 6 pode-se observar que a maioria dos participantes: encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos (37,1%); pertence ao sexo feminino (90,3%); se identifica 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 que trabalha é considerado municipal em (46,9%), pertence a região sudeste (37,4%) e a formação predominante foi a Enfermagem (38,9%).

A distribuição geográfica dos participantes, segundo as 5 grandes macrorregiões brasileira, é apresentada na tabela 6. A Região Sudeste (173 participantes) foi a região com maior número de participantes. A Região Nordeste apresentou a segunda maior representatividade (128 participantes), seguida pela Região Centro-Oeste (74 participantes), Região Sul (45 participantes) e finalmente a Região Norte (43 participantes).

**Tabela 6:** Características sócio demográficas

Características	Total	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	418	90,3
Masculino	45	9,7
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 29 anos	98	21,2
30 a 39 anos	172	37,1
40 a 49 anos	114	24,6
50 a 59 anos	73	15,8
acima de 60 anos	6	1,3
<b>Estado Civil</b>		
Casada(o)/união estável	242	52,3
Solteiro(a)	171	36,9
Outros <sup>(a)</sup>	50	10,8
<b>Cor</b>		
Preta	38	8,2
Branca	220	47,5

Amarela	8	1,7
Parda	192	41,5
Outros <sup>(b)</sup>	5	1,1
<b>Tem Curso Superior?</b>		
Não	9	1,9
Sim	454	98,1
<b>Formação</b>		
Serviço Social	115	24,8
Enfermagem	180	38,9
Psicologia	79	17,1
Outros <sup>(c)</sup>	75	15,8
<b>Localização</b>		
Capital	190	41,0
Interior	273	59,0
<b>Área de Conhecimento da Graduação</b>		
Ciências da Saúde	220	47,5
Ciências Sociais Aplicadas	139	30,0
Outros <sup>(d)</sup>	104	22,5
<b>Pós Graduação</b>		
Especialização	336	72,6
Outros <sup>(e)</sup>	39	8,4
Não tenho	88	19,0
<b>Onde você trabalha?</b>		
Atenção primária	71	15,3
Atenção secundária	111	24,0
Atenção terciária	96	20,7
Atenção quaternária	3	0,6
Gestão/administrativo	104	22,5
<b>Tipo de instituição</b>		
Pública Federal	11	2,4
Pública Estadual	182	39,3
Pública Municipal	217	46,9
Outro <sup>(f)</sup>	53	11,5
<b>Região brasileira</b>		
Norte	43	9,3
Nordeste	128	27,6
Centro-oeste	74	16,0
Sul	45	9,7
Sudeste	173	37,4

Fonte: Dados compilados pela autora.

(a) Divorciados e viúvos.

(b) Não deseja declarar.

(c) Outras Profissões: Administração; Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Terapia ocupacional, Farmácia.

(d) Outras áreas de conhecimento: Ciências Exatas e da Terra; Ciências Humanas; Linguística, Letras e Artes.

(e) Pós Graduação: Mestrado completo, Doutorado completo e Pós doutorado.

(f) Tipo de instituição: privada filantrópica e privada

## 5.2 Percepção sobre a Rede de Assistência

Na tabela 7, o sexo masculino demonstrou ser mais confiante em 64,5% dos casos comparando-se ao sexo feminino. A faixa etária com maior índice de confiança para o atendimento está acima de 60 anos. Dentre as profissões com maior frequência a enfermagem, o serviço social e a psicologia, a psicologia demonstra ter mais confiança ao atender uma mulher vítima de violência sexual. Considerando a maior frequência dentre os profissionais pós-graduados quem tem especialização apresenta ter mais confiança para o atendimento. Quem trabalha na instituição pública estadual demonstra maior confiança no atendimento comparando-se a outras instituições. Os profissionais que trabalham na atenção terciária constataram ter mais confiança comparando-se a outros níveis de assistência. A região brasileira que os profissionais se sentiram mais confiantes para o atendimento à mulher em situação de violência foi a região Centro oeste.

**Tabela 7-** Características sócio demográficas e o sentimento de confiança

Características sócio demográficas	Confiante			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	175	56,6	134	43,4
Masculino	20	64,5	11	35,5
<b>Idade</b>				
20 a 29 anos	42	55,3	34	44,7
30 a 39 anos	67	51,9	62	48,1
40 a 49 anos	55	64,0	31	36,0
50 a 59 anos	27	61,4	17	38,6
Acima de 60 anos	4	80,0	1	20,0
<b>Estado civil</b>				
Casado / União estável	105	58,3	75	41,7
Solteiro	70	56,0	55	44,0
Divorciado	20	57,1	15	42,9
<b>Cor da pele</b>				
Preta	12	46,2	14	53,8
Branca	92	58,6	65	41,4
Amarela	4	57,1	3	42,9
Parda	85	57,8	62	42,2
<b>Formação</b>				
Administração	1	100,0	0	0,0



Serviço Social	64	66,7	32	33,3
Enfermagem	66	47,8	72	52,2
Fisioterapia	1	33,3	2	66,7
Medicina	7	50,0	7	50,0
Psicologia	39	68,4	18	31,6
Terapia ocupacional	1	100,0	0	0,0
Farmácia	1	33,3	2	66,7
Nutrição	0	0,0	1	100,0
Outros	12	60,0	8	40,0
<b>Pós Graduação</b>				
Especialização	146	58,2	105	41,8
Mestrado completo	12	50,0	12	50,0
Doutorado	1	50,0	1	50,0
Pós doutorado	1	100,0	0	0,0
<b>Tipo de Instituição</b>				
Público Federal	3	50,0	3	50,0
Público Estadual	75	64,1	42	35,9
Público Municipal	93	54,1	79	45,9
Privada Filantrópica	19	57,6	14	42,4
Privada	2	25,0	6	75,0
<b>Nível de Assistência</b>				
Atenção Primária	27	45,0	33	55,0
Atenção Secundária	56	60,9	36	39,1
Atenção Terciária	51	62,2	31	37,8
Atenção Quaternária	1	33,0	2	66,7
<b>Regiões</b>				
Norte	22	57,9	16	42,1
Nordeste	62	61,4	39	38,6
Centro Oeste	35	62,5	21	37,5
Sul	13	53,4	55	46,6
Sudeste	63	53,4	55	46,6

Fonte: Dados compilados pela autora.

Um dos pontos a serem observados quanto ao atendimento da mulher em situação de violência é como se sente o profissional ao realizar o atendimento na rede de assistência e enfrentamento da violência contra a mulher. Neste aspecto, na tabela 8, 215(46,40%) responderam sentir-se seguro quanto a este atendimento em seguida 195 (42,10%) disseram sentir-se confiante quanto a este atendimento. Relataram sentir-se preocupado 302(65,20%) e impotente, que não veem qualquer possibilidade de resolubilidade para o caso, 171 (36,60%).

**Tabela 8-** Percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência

Sentimento	SIM		NÃO	
	N <sup>(a)</sup>	%	N <sup>(b)</sup>	%
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: Dados compilados pela autora.

(a) Número de participantes que responderam SIM ao sentimento.

(b) Número de participantes que responderam NÃO ao sentimento.

Considerando as regiões brasileiras e o sentimento de confiança no atendimento, tabelas 9 e 10, foi descrito com maior frequência a confiança na região Centro oeste e o sentimento de insegurança na região sul.

**Tabela 9-** Percepção sobre o atendimento na rede de assistência e enfrentamento da violência sentimento de confiança por regiões brasileiras

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

Fonte: Dados compilados pela autora.

**Tabela 10-** Percepção sobre o atendimento na rede de assistência e enfrentamento da violência sentimento de insegurança por regiões brasileiras

Níveis de atenção	Confiante				TOTAL
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Atenção Primária	27	45	33	55	60
Atenção Secundária	56	60,9	36	39,1	92
Atenção Terciária	51	62,2	31	37,8	82
Outros	54	60	36	40	90

Fonte: Dados compilados pela autora.

Na tabela 11, identificamos que os profissionais do nível de atenção terciária se sentem mais confiantes com atendimento da mulher em situação de violência sexual comparando- se aos outros níveis de assistência.

**Tabela 11-** Os níveis de atenção e o sentimento de confiança

Regiões	Inseguro				Total
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Norte	15	39,5	23	60,5	38
Nordeste	35	35,4	64	64,6	99
Centro					
Oeste	13	22,4	45	77,6	58
Sul	13	46,4	15	53,6	28
Sudeste	48	12,4	74	60,7	122

Fonte: dados compilados pela autora.

Na tabela 12, identificamos que dos 193 profissionais capacitados 72,5% sentem-se confiantes para o atendimento da mulher em situação de violência. Por outro lado, 27,5% dos capacitados não se sentem confiantes para este atendimento. Quando a capacitação ocorreu no último ano os profissionais se sentem mais confiantes para o atendimento à mulher em situação de violência comparando-se aos últimos três anos.

**Tabela 12-** Capacitação x tempo de capacitação e o sentimento de confiança

<b>Capacitação e o sentimento de confiança</b>					
Capacitado	Confiança				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sim	140	72,5	53	27,5	193
Não	51	37,8	84	62,2	135
<b>Tempo de capacitação e o sentimento de confiança</b>					
Tempo de capacitação	Confiança				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
< 1ano	74	70,5	31	29,5	105
de 1 a 3 anos	46	66,7	23	33,3	69
> 3 anos	27	62,8	16	37,2	43

Fonte: dados compilados pela autora.

### 5.3 A Rede de Enfrentamento da violência contra a mulher

Um dos aspectos tratados na tabela 13 em relação à rede de assistência que atende às mulheres em situação de violência é a visão dos profissionais sobre esta rede. A tabulação das respostas aos questionários mostrou que 326 (70,4%) responderam que há garantia de atendimento para a mulher em situação de violência no serviço de Urgência e Emergência, seguida de 282 (60,9%) na atenção secundária. Já o serviço ambulatorial especializado apresentou menor porcentagem 166(35,9%) em relação à garantia de atendimento para a mulher em situação de violência.

**Tabela 13** - Pontos da Rede de Atenção que o poder municipal ou estadual garante atendimento para a mulher em situação de violência.

Rede de atenção	Sim		Não		Outros <sup>(c)</sup>	
	N <sup>(a)</sup>	%	N <sup>(b)</sup>	%	N	%
Atenção Primária	252	54,4	96	20,7	115	24,9
Atenção Secundária	282	60,9	66	14,3	115	24,9
Serviço Ambulatorial especializado	166	35,9	156	33,7	141	30,5
Hospital de Referência	219	47,3	138	29,8	106	22,9
Serviço de Urgência e emergência	326	70,4	51	11,0	86	18,6

Fonte: Dados compilados pela autora

(a) Número de participantes que responderam SIM a garantia de atendimento na rede.

(b) Número de participantes que responderam NÃO a garantia de atendimento na rede.

(c) Inclui os respondes que não sabem e as situações em que a resposta não se aplica.

O atendimento à mulher vítima de violência sexual ocorre em uma ampla variedade de serviços que são articulados em uma rede assistencial. A tabela 14 apresenta o serviço que foi mais frequente para o atendimento à mulher em situação de violência, o conselho tutelar, descrito em 422 (91,1%), seguido dos serviços de Emergência Hospitalares 377 (81,4%).

Já a identificação do agressor que na tabela é apresentada por meio da cadeia de custódia tem se mostrado em pequena quantidade 142(30,7%) como serviço que oferecem atendimento à mulher vítima de violência sexual.

**Tabela 14** – Rede de atendimento à mulher vítima de violência sexual

Rede de atendimento à mulher vítima de violência sexual	Sim		Não	
	N <sup>(a)</sup>	%	N <sup>(b)</sup>	%
Delegacia especializada no atendimento à mulher	355	76,7	108	23,3
Conselho Municipal dos Direitos da Mulher	254	54,9	209	45,1
Unidades de Pronto Atendimento	368	79,5	95	20,5
Atenção Primária	370	79,9	93	20,1
Atenção Secundária	350	75,6	113	24,4
Atenção Terciária (hospital de referência)	292	63,1	171	36,9
Serviços de Emergência Hospitalares	377	81,4	86	18,6
CAVIV- Centro de Atendimento às Vítimas de Violência	153	33,0	310	67,0
Serviço de referência de outro município	160	34,6	303	65,4
Conselho Tutelar	422	91,1	41	8,9
Cadeia de custódia (Coleta de vestígios na rede de saúde para identificar o agressor)	142	30,7	321	69,3
Outros serviços	87	18,8	376	81,2

Fonte: Dados compilados pela autora

(a) Os participantes poderiam marcar mais de uma opção nesta questão. Responderam SIM aos serviços que oferecem atendimento à mulher vítima de violência sexual.

(b) Responderam NÃO aos serviços que oferecem atendimento à mulher vítima de violência sexual.

Considerando a oferta de serviços que oferecem atendimento à mulher vítima de violência sexual por regiões brasileiras, tabela 15, a região sudeste apresentou maior

percentual na oferta destes serviços. Já a região Sul, apresentou o menor percentual na oferta dos mesmos.

<b>Rede de atendimento por regiões Brasileiras</b>											
	Norte		Nordeste		Centro Oeste		Sul		Sudeste		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Delegacia Especializada	39	11	94	26,5	58	16,3	30	8,5	134	37,7	355
Conselho Municipal da Mulher	21	8,3	80	31,5	37	14,6	21	8,3	95	37,4	254
Unidades de Pronto Atendimento	30	8,2	95	25,8	62	16,8	32	8,7	149	40,5	368
Atenção Primária	28	7,6	100	27	58	15,7	34	9,2	150	40,5	370
Atenção Secundária	30	8,6	96	27,4	56	16	29	8,3	139	39,7	350
Atenção Terciária	31	10,6	76	26	44	15,1	25	8,6	116	39,7	292
Serviços de Emergência Hospitalares	39	10,3	111	29,4	59	15,6	34	9	134	35,5	377

CAVIV	12	7,8	38	24,8	26	17	6	3,9	71	46,4	153
Referência para outro município	12	7,5	47	29,4	22	13,8	10	6,3	69	43,1	160
Conselho Tutelar	39	9,2	119	28,2	66	15,6	39	9,2	159	37,7	422
Cadeia de custódia	9	6,3	50	35,2	15	10,6	10	7	58	40,8	142

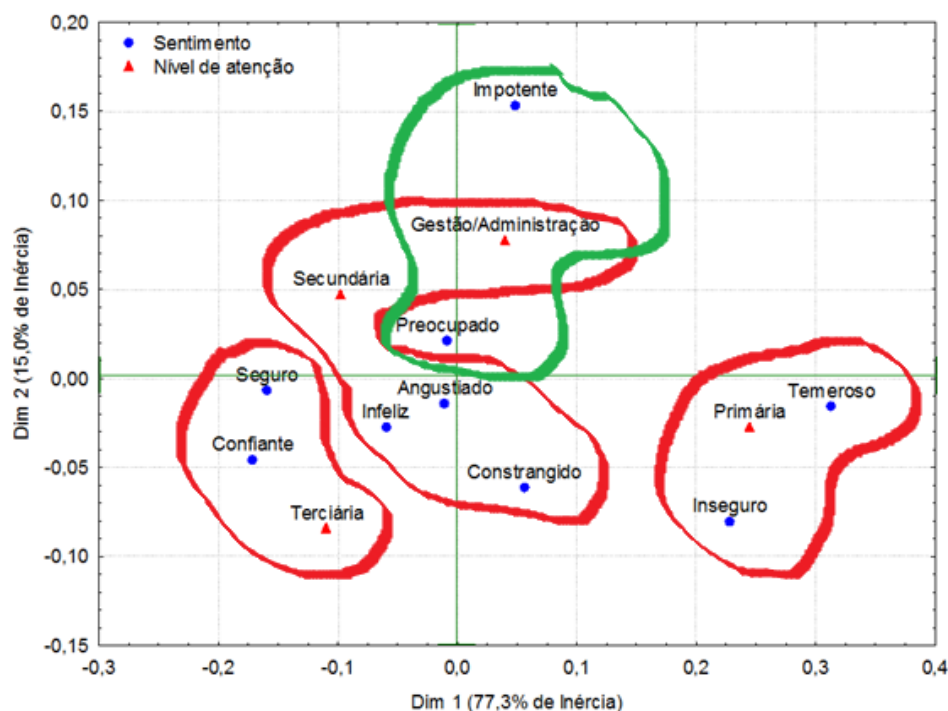
**Tabela 15-** Rede de atendimento por regiões Brasileiras

Fonte: Dados compilados pela autora

#### 5.4 As correlações existentes entre o sentimento e a rede de atendimento da violência contra a mulher

A Figura 2 apresenta o mapa de correspondência entre o sentimento ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e o local de atuação desses profissionais. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (sentimento: 'confiante', 'seguro', 'preocupado', 'impotente', 'inseguro', 'angustiado', 'constrangido', 'temeroso', 'infeliz') e dos perfis coluna (atuação: 'atenção primária', 'atenção secundária', 'atenção terciária', 'gestão/administrativo') devem ser analisadas as Tabelas 16 e 17. A Tabela 16, referente ao sentimento, revela uma melhor representação dos níveis 'preocupado', 'impotente', 'angustiado' e 'constrangido' na dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais níveis são melhores representados na dimensão 1. A Tabela 17, referente à atuação, revela uma melhor representação dos níveis 'Atenção primária', 'Atenção secundária', e 'Atenção Terciária' na dimensão 1, enquanto o nível 'Gestão/Administração' é melhor representado na dimensão 2 (em negrito).

**Figura 2:** Mapa de Correspondência entre o sentimento ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e o local de atuação desses profissionais.



**Tabela 16:** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (sentimento).

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

Fonte: Dados da pesquisa.



**Tabela 17:** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna

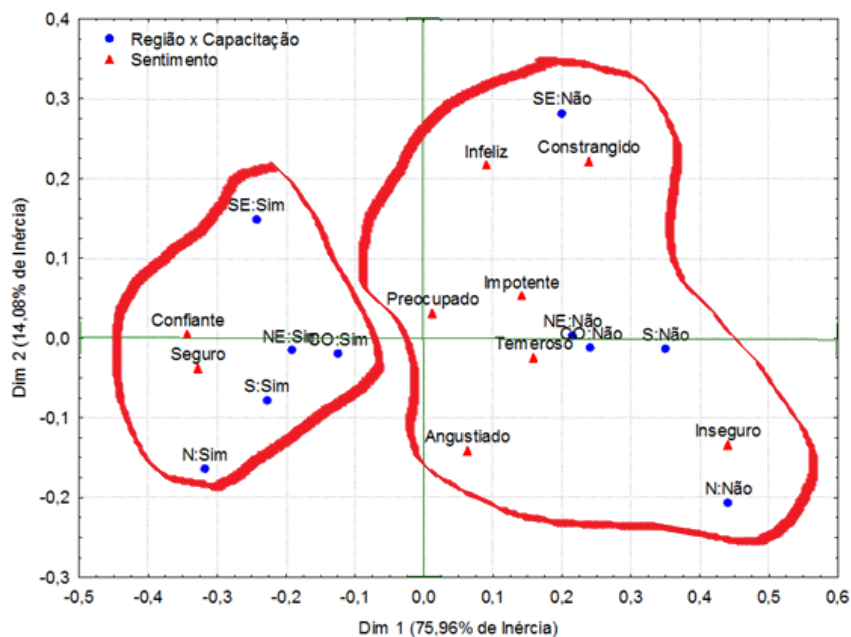
<b>Atuação</b>	<b>Dimensão 1</b>	<b>Dimensão 2</b>
Atenção primária	<b>0,978</b>	0,013
Atenção secundária	<b>0,693</b>	0,164
Atenção terciária	<b>0,608</b>	0,365
Gestão/administrativo	0,117	<b>0,430</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Com base na Figura 2, verifica-se que os entrevistados que se sentiam inseguros e temerosos estão mais associados com o nível de atenção primária. Há uma associação maior entre os entrevistados que se sentiam confiantes e seguros com o nível de atenção terciária. Os entrevistados que estavam infelizes, angustiados e constrangidos estão mais associados com os níveis de atenção secundária e de gestão/administração. Existe uma associação entre ser da gestão/administração e o sentimento de impotência e preocupação.

A Figura 3 apresenta o mapa de correspondência entre região x capacitação e o sentimento desses profissionais ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (região x capacitação: 'N-Norte: Sim', 'N: Não', 'NE-Nordeste: Sim', 'NE: Não', 'SE- Sudeste: Sim', 'SE: Não', 'S- Sul: Sim', 'S: Não', 'CO- Centro Oeste: Sim', 'CO: Não,') e dos perfis coluna (Sentimento: 'confiante', 'seguro', 'preocupado', 'impotente', 'inseguro', 'angustiado', 'constrangido', 'temeroso', 'infeliz') devem ser analisadas as Tabelas 18 e 19. A Tabela 18, referente a região x capacitação, revela uma melhor representação do nível 'SE: Não' na dimensão 2 (em negrito), enquanto que todos os demais níveis devem ser interpretados na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 19, referente ao sentimento, revela uma melhor representação dos níveis 'preocupado', 'angustiado' e 'infeliz' na dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais níveis são melhores representados na dimensão 1 (em negrito). O nível 'constrangido' pode ser interpretado na dimensão 1 e/ou na dimensão 2.

**Figura 3:** Mapa de Correspondência entre região x capacitação e o sentimento desses profissionais



**Tabela 18:** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (região x capacitação).

Região x Capacitação	Dimensão 1	Dimensão 2
N: Sim	<b>0,685</b>	0,186
N: Não	<b>0,800</b>	0,177
NE: Sim	<b>0,953</b>	0,007
NE: Não	<b>0,921</b>	0,000
SE: Sim	<b>0,713</b>	0,269
SE: Não	0,330	<b>0,650</b>
S: Sim	<b>0,431</b>	0,052
S: Não	<b>0,887</b>	0,001
CO: Sim	<b>0,726</b>	0,019
CO: Não	<b>0,928</b>	0,003

Fonte: Dados da pesquisa.

**Tabela 19:** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (sentimento).

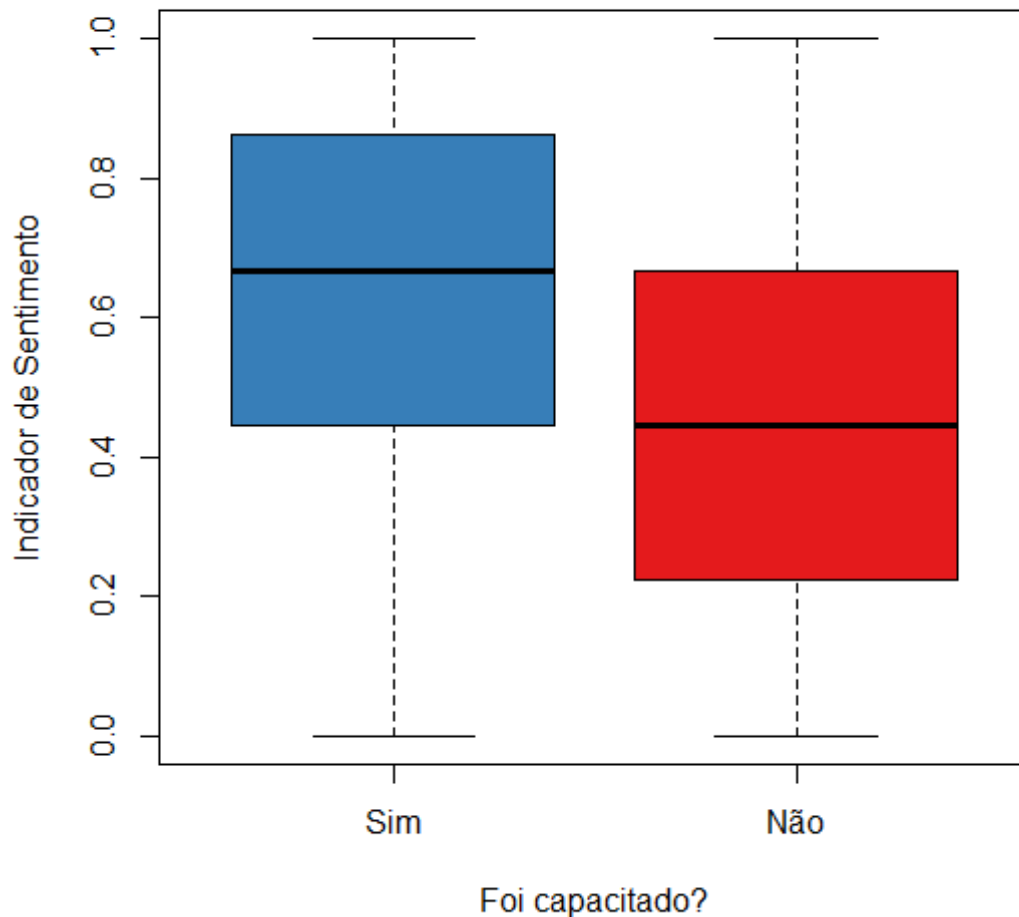
<b>Sentimento</b>	<b>Dimensão 1</b>	<b>Dimensão 2</b>
Confiante	<b>0,941</b>	0,000
Seguro	<b>0,933</b>	0,013
Preocupado	0,046	<b>0,264</b>
Impotente	<b>0,567</b>	0,075
Inseguro	<b>0,893</b>	0,083
Angustiado	0,145	<b>0,728</b>
Constrangido	<b>0,474</b>	<b>0,401</b>
Temeroso	<b>0,659</b>	0,017
Infeliz	0,124	<b>0,685</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Com base na Figura 3, verifica-se que os entrevistados que foram capacitados, independente da região brasileira, estão mais associados com a percepção de sentimentos positivos (confiante e seguro), enquanto que os que não foram capacitados estão mais associados com a percepção de sentimentos negativos (infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro). Observa-se que os entrevistados da região Sudeste que não foram capacitados se associaram mais com sentimentos 'infeliz' e 'constrangido'. A associação entre os não capacitados no Nordeste e no Centro-Oeste é maior para os sentimentos 'impotente', 'temeroso', 'preocupado' e 'angustiado'. Entretanto, se esses não capacitados forem do Norte ou do Sul do Brasil, a maior associação é com o sentimento inseguro.

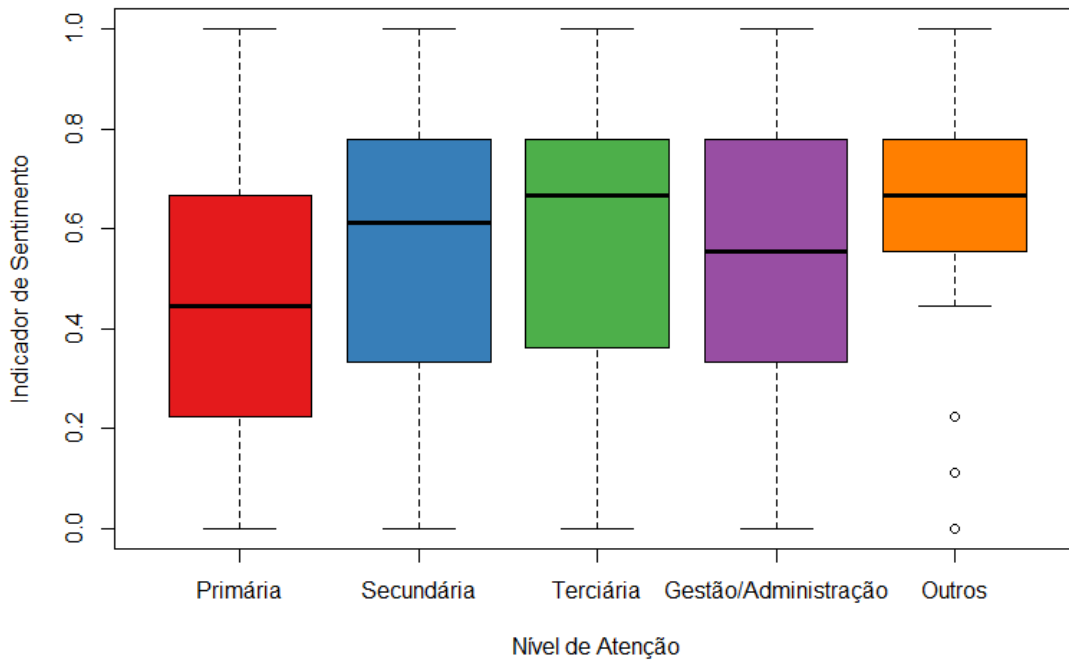
A figura 4 apresenta a distribuição do indicador de percepção de sentimentos segundo a capacitação ou não do profissional entrevistado. Os profissionais capacitados obtiveram maior valor no indicador de percepção do sentimento. É importante notar que quanto maior o valor no indicador, maior serão os indicativos da percepção de sentimentos positivos (seguro, confiante), segundo a opinião do entrevistado. Em relação a dispersão os profissionais capacitados apresentaram indicador de sentimento mais homogêneos.

**Figura 4:** Distribuição do indicador de percepção de sentimento segundo a capacitação ou não do profissional.



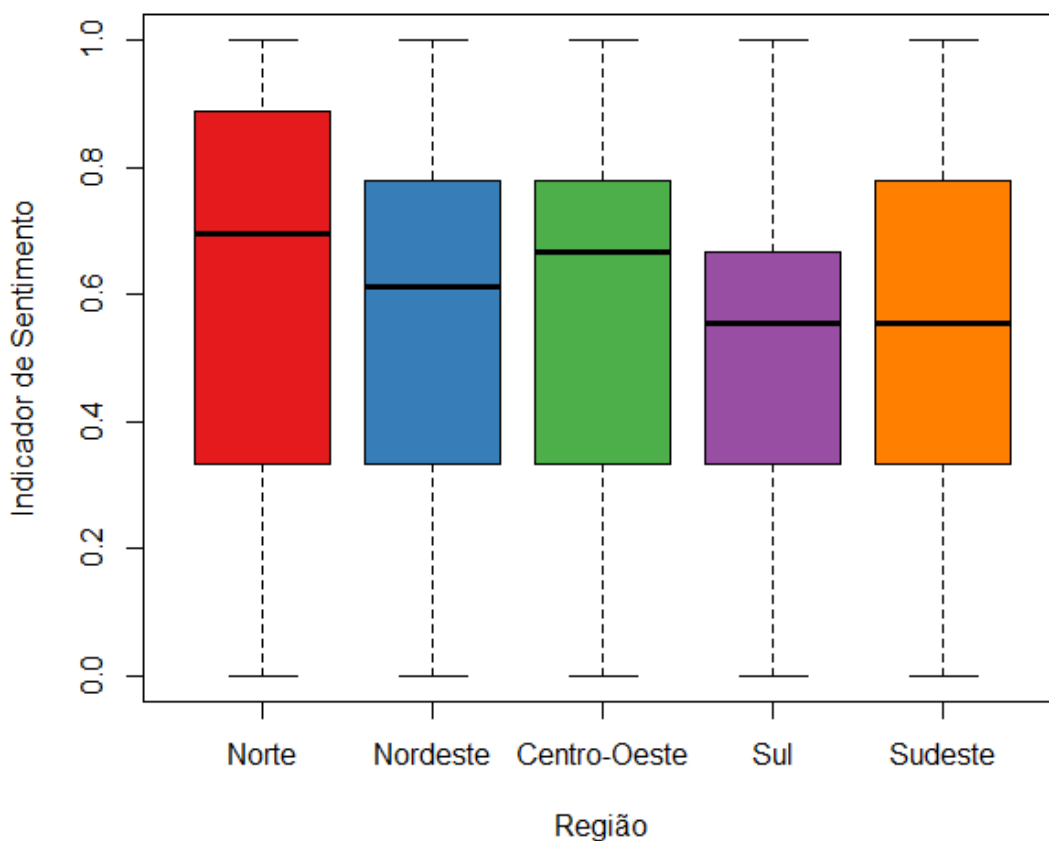
A figura 5 apresenta a distribuição do indicador de percepção de sentimento segundo o nível de atenção do profissional. Pode-se perceber que os maiores valores atribuídos a percepção de sentimentos foram dos profissionais da atenção terciária. Lembrando que quanto maior o valor mais relação este possui com sentimentos positivos (confiante e seguro). Já ao considerarmos a dispersão dos valores a categoria 'outros' apresentou dados mais homogêneos.

**Figura 5:** Distribuição do indicador de percepção de sentimento segundo o nível de atenção do profissional



A figura 6 apresenta a distribuição do indicador de percepção de sentimento segundo a região brasileira do profissional. Observa-se que os maiores valores atribuídos aos sentimentos, ou seja, os sentimentos mais positivos (confiante e seguro) estão entre os profissionais da região Norte. Já os valores menores, que indicam sentimentos negativos (infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro), podem ser identificados na região Sul. Considerando a dispersão dos valores os profissionais da região Sul apresentaram indicador de sentimentos mais homogêneos, ou seja, os valores se aproximam mais uns dos outros.

**Figura 6:** Distribuição do indicador de percepção de sentimento segundo a região brasileira do profissional



## 6. DISCUSSÃO

O público do curso na sua maioria foi feminino, com curso superior, especialização e faixa etária de 30 a 39 anos, cor branca e estado civil casado. Dados que apresentam semelhança com outros estudos na área de violência contra mulher (BARALDI et al 2012; MOREIRA et al, 2008).

Considerando a distribuição geográfica dos participantes a região que concentra maior proveniência dos participantes foi a região sudeste, destaque para a participação do Estado de Minas Gerais. A elevada participação da região pode ser explicada, pelo fato do curso fazer parte de uma ação do Projeto Para Elas, que é uma iniciativa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O curso de enfermagem apresentou maior prevalência dentre as profissões, seguida do serviço social e psicologia, tabela 6. Estes dados aproximam-se com dados de outros estudos na área de violência contra a mulher que apontam a enfermagem como profissão predominante. E é por este motivo que a área de conhecimento da saúde também é descrita com a maior prevalência neste estudo (BARALDI, et al 2012).

Na questão sobre a percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência, tabela 8, pode-se marcar mais de uma alternativa a percepção dos sentimentos de 'confiante', 'seguro', 'preocupado', 'impotente', 'inseguro', 'angustiado', 'constrangido', 'temeroso' e 'infeliz'. Relataram sentir-se preocupado (65,2%) com este tipo de atendimento, esta preocupação é relatada em alguns estudos devido à qualidade da assistência prestada ou ao fato dos profissionais não terem vivenciado discussões com a abordagem da violência na academia. O sentimento de impotência surge em (36,9%) dos casos, os estudos descrevem que a impotência se relaciona ao fato dos profissionais não saberem o que fazer diante da complexidade do fenômeno que é a violência e como também, as escolhas que a paciente toma, mesmo depois de ser orientada, e a falta de suporte institucional e estrutural para lidar com a situação da violência contra a mulher. A angústia surge em (42,10%) dos casos e este sentimento demonstra a incapacidade dos profissionais de não poderem resolver o problema da mulher em situação de violência. Sentir-se seguro aparece em (46,40%) e este sentimento evidencia a presença de protocolos nos serviços, pois assim o profissional sabe quais os passos deve seguir. Por outro lado, a insegurança (26,80%) relaciona-se a falta de capacitação desses profissionais. As situações constrangedoras (14,90%) também relacionam-se a capacitação, este sentimento surge devido à falta de formação para lidar com este tema (DALTOSO,2010; VIEIRA et al 2009; FERRANTE,2008; MOREIRA et al,2008).

Quanto à percepção do profissional ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência, percebe-se que no geral os profissionais se sentem preocupados com este tipo de atendimento. E a percepção de sentimentos negativos, como a angústia e a insegurança, relaciona-se a fragilidades na rede de assistência e a falta de capacitação profissional ao atender uma mulher em situação de violência. Já a percepção de um sentimento positivo, como a segurança, foi associada ao aspecto organizacional da assistência, no caso a existência de protocolos assistenciais.

Considerando as regiões brasileiras, tabelas 9 e 10, 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 na região Sul. Ao analisarmos os dados da CPMI (2013) sobre a situação de violência contra a mulher no Brasil a região Sul apresenta obstáculos ao enfrentamento à violência contra mulheres que pode relacionar-se a este sentimento de insegurança, 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 (CPMI,2013).

O tempo de capacitação foi associado à variável confiança, tabela 12, e pode-se perceber que os profissionais capacitados no último ano sentiam mais confiantes comparando-se aos capacitados nos últimos três anos. Ao considerarmos a capacitação dos profissionais, fica evidente que profissionais que passaram por uma capacitação recente, no caso, último ano apresentam maior confiança no atendimento as mulheres em situação de violência e isto reflete a importância da capacitação continuada na pratica 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, frente à sua responsabilidade, para as intervenções de forma segura. A capacitação permanente mostrou ser uma ferramenta fundamental para manutenção do conhecimento, visto que com o passar do tempo, de acordo com os profissionais, o conhecimento adquirido para o atendimento se reduziu (CAIXETA,2015).

A questão em quais pontos da rede de atenção o Município / Estado onde você trabalha garante atendimento para mulher em situação de violência, tabela 13, pode-se marcar



uma alternativa as questões: 'atenção primária', 'atenção secundária', 'serviço ambulatorial' especializado, 'hospital de referência', 'serviços de urgência e emergência' e 'não sei'. Os serviços de Urgência e Emergência foram descritos em (70,4%) dos casos, seguida pela atenção secundária (60,9%) e a atenção primária (54,4%). Estudo realizado nos Estados Unidos na última década do século XX descreve que as mulheres que vivem em situação de violência, fazem uso mais frequente dos serviços de saúde tanto ambulatoriais como hospitalares, delineando assim uma clientela expressiva e específica. Dados que estão em concordância com os relatos dos profissionais de saúde e áreas afins. Krug (2002) relata que a prevenção primária acontece nas intervenções para prevenir a violência antes que ela ocorra. Já a prevenção secundária ocorre nas intervenções centradas nas reações mais imediatas para acabar com a violência. E a prevenção terciária ocorre nas intervenções com foco em cuidados de longa duração após a violência. Assim, a usuária procura a atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nos casos de violência. Já os serviços de urgência e emergência, a usuária procura por problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, fraturas, tentativas de suicídio, abortamentos, etc.) (D'OLIVEIRA et al,2009; EDROSA and SPINK,2011; KRUG,2002; KOSS and WOODNUF, 2000).

Quanto aos serviços que oferecem atendimento à mulher em situação de violência sexual, o conselho tutelar foi descrito pelos profissionais em 91,1%, tabela14, isto ocorreu provavelmente por este ser um órgão conhecido de medidas protetivas e que deve ser acionado no caso da violência envolvendo menores de 18 anos. Estudo sobre mapeamento da rede assistencial descreve a grande presença desses serviços voltados para as crianças e adolescentes. E ainda, o conselho tutelar possui ação estratégica na composição e funcionamento do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, atuando como um mediador entre os dispositivos de estado e as demandas deflagradas pela violação de direitos. Em seguida, os serviços de emergência hospitalares foram citados em (81,4%) isto pode justificar-se pela busca desse atendimento em decorrência diretamente da violência física ou sexual (traumas, fraturas, tentativas de suicídio, abortamentos, etc). E a atenção primária aparece em terceiro lugar (79,9%) na descrição dos profissionais isto porque a atenção primária garante atendimento a usuária por ser porta de entrada dos serviços de saúde e por ter assim,

grande ênfase nas ações de promoção e prevenção da saúde (DESLANDES and CAMPOS,2015; D'OLIVEIRA et al,2009; EDROSA and SPINK,2011; SCHRAIBER et al,2012).

Considerando a oferta dos serviços à mulher em situação de violência sexual, por regiões brasileiras, tabela 15, pode-se perceber que a maior porcentagem dos serviços está na região sudeste já as menores porcentagens estão na região Sul. É importante destacar que ao considerarmos a distribuição geográfica dos participantes a região que concentra maior proveniência dos participantes foi a região sudeste (37,4%) o que pode explicar a porcentagem alta na oferta dos serviços. Assim, analisando a rede de atendimento da violência contra mulher no Estado de Minas Gerais pode-se perceber a presença de: Dezoito seções de atendimento à mulher em delegacias comuns; quinze Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), três varas de violência Doméstica e familiar, cinquenta e uma Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAMS); cinco Promotorias Especializadas em Violência Doméstica; oito Defensorias da Mulher (NUDEM); cinco casas-abrigo e nove serviços de saúde para mulheres em situação de violência (CPMI,2013).

O mapa de correspondência entre a percepção do sentimento ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência e o local de atuação desses profissionais na rede de assistência, figura 2, apresenta a percepção de sentimentos negativos (infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro) nos mais variados níveis de atenção como: inseguro e temeroso na atenção primária; confiantes e seguros com o nível de atenção terciário; angustiado e constrangido com os níveis de atenção secundária e de gestão/administração. Com exceção da atenção terciária os demais níveis de assistência demonstraram associações com sentimentos negativos. Estudos que analisam a oferta de serviços das redes de atenção de violência contra a mulher apontam 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 e ainda, estudos apontam que os serviços que compõem a rede de atenção às mulheres em situação de violência são deficientes de protocolos, de fluxos, estão desarticulados entre si, fragmentados e sem referência e contra referência 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 meio de insatisfação dos profissionais. Estudos sobre formação médica evidenciaram que os profissionais de saúde têm dificuldades para lidar com a questão da violência sentem-se despreparados e desestruturados. Assim, é preciso propiciar espaços para refletir sobre a atuação dos profissionais 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 gênero e classe social (SANTI,2010; Shraiber,2012; SILVA, PADOIN *and* VIANNA ,2013; PEDROSA *and* SPINK,2011; MENEZES et al, 2014).

Esta associação demonstra que quanto mais alto o nível de assistência maior será a percepção de sentimentos positivos no caso, confiante e seguro. Isto indica que os profissionais da rede de assistência terciária apresentam maior confiança e segurança ao atender mulheres em situação de violência. Assim, percebe-se que quanto mais alto o nível de assistência maior é o grau de especificidade destes profissionais e isto reflete na prática assistencial.

O mapa de correspondência entre região x capacitação e o sentimento desses profissionais ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência, figura 3, identificou que os entrevistados que foram capacitados, independente da região brasileira, estão mais associados com sentimentos positivos: `confiante` e `seguro`. Enquanto que os que não foram capacitados estão mais associados com os sentimentos negativos: 'infeliz' e 'constrangido'. `impotente`, 'temeroso', `preocupado` e `angustiado`, `inseguro`. Estudos demonstram que os profissionais não se sentem capacitados ao lidar com a questão da violência, apresentando dúvida em relação à correta abordagem, na grande maioria, durante a graduação não passaram por formação acadêmica que os habilitassem a lidar com este tema. Esta situação, além de provocar constrangimento, os faz se sentirem impotentes diante da complexidade dos casos, visto que gostariam de fazer uma intervenção de forma integral onde pudessem valorizar tanto os aspectos físicos como os psicológicos e sociais. Assim, os profissionais da saúde precisam estar capacitados para detectar as situações de violência, encontrar as formas de abordagem, tanto da vítima quando da família, dar encaminhamento e acompanhamento ao caso (CAIXETA,2015).

Esta associação demonstra que a capacitação é de fundamental importância para a qualidade da assistência. Profissionais capacitados apresentam maior confiança e segurança no atendimento às mulheres em situação de violência o que pode refletir na qualidade da prática assistencial.

Na elaboração do indicador percepção de sentimentos, os sentimentos 'seguro' e 'confiante' foram considerados sentimentos de percepção positiva já 'infeliz' e 'constrangido', 'impotente', 'temeroso', 'preocupado' e 'angustiado', 'inseguro', foram associados a percepção de sentimentos negativos. O indicador de sentimento segundo a capacitação do profissional, figura 4, identificou que a percepção de sentimento positivo foi atribuída aqueles profissionais capacitados. O indicador de sentimento segundo o nível de atenção, figura 5, constatou que a percepção de sentimento positivo apresentou maior relação com os profissionais da atenção terciária. Já o indicador de sentimento segundo a região brasileira, figura 6, constatou maior associação da percepção de sentimento positivo com profissionais da região Norte e maior associação na percepção de sentimentos negativos com os profissionais da região Sul. No geral, o indicador de percepção de sentimentos constatou associações antes já identificadas neste estudo.

Portanto, a percepção dos sentimentos pode representar alguns aspectos da prática assistencial. No geral, os profissionais estão preocupados com o atendimento às mulheres em situação de violência e esta preocupação relaciona-se a qualidade da assistência prestada. A percepção de confiança para os níveis de assistência pode indicar a preparação deste profissional para o atendimento, pois quanto maior o nível de assistência mais confiança este profissional demonstra para o atendimento. Também deve-se considerar que quanto maior o nível de assistência maior é o grau de especificidade desses profissionais e isto reflete na prática profissional, na atenção primária os profissionais realizam um atendimento generalizado e já os profissionais da atenção terciária realizam um atendimento mais especializado e possivelmente, por isso se sentem mais confiantes para este tipo de atendimento. A capacitação demonstrou ser fator de relevância para a associação de sentimentos positivos (confiança e segurança). Assim, na prática assistencial, os profissionais capacitados estão mais preparados para exercer o atendimento às mulheres em situação de violência.

## 7.CONCLUSÃO

- 1- A percepção do profissional participante do Ensino a Distância pode representar aspectos da prática na rede de assistência da violência contra mulher. Assim, a percepção de confiança para os níveis de assistência pode indicar a preparação deste profissional para a prática assistencial, quanto mais alto o nível de assistência mais confiante este profissional se sente. E se capacitado este profissional se sente mais confiante e seguro, ou seja, melhor preparado para a assistência.
- 2- No geral, os profissionais se sentem preocupados com o atendimento na rede de assistência de violência contra a mulher. A região brasileira em que os profissionais se sentem mais confiantes ao atender uma mulher em situação de violência é o Centro Oeste e o Sul o mais inseguro para realizar este atendimento. E quanto à oferta de serviços, a mulher em situação de violência tem maior garantia de atendimento nos serviços de urgência e emergência.
- 3- Os questionários válidos obtidos para este estudo permitiram que fosse traçado, de forma consistente, o perfil sócio demográfico da população participante, demonstrando que na maioria o público é feminino, está na faixa etária 30 a 39 anos e são graduados predominantemente na enfermagem.
- 4- As correlações existentes demonstraram que: profissionais capacitados no último ano sentem-se mais confiantes para o atendimento comparando-se aos profissionais capacitados nos últimos três anos; quanto mais alto o nível de atenção no caso, atenção terciária, maior é a associação à percepção de sentimentos positivos (seguro e confiante) e profissionais capacitados estão mais associados com a percepção de sentimentos positivos e os não capacitados com a percepção de sentimentos negativos (infeliz, constrangido, impotente, temeroso, preocupado, angustiado e inseguro).

## COMENTÁRIOS FINAIS

Nesta pesquisa a elaboração do questionário foi baseada na literatura sobre o tema e no interesse em conhecer algumas questões dentro do próprio Grupo de estudos sobre Violência contra a mulher da UFMG.

Minas Gerais por ser o Estado de origem do projeto Para Elas, conseguiu atrair o maior número de participantes, com 27,6% dos alunos matriculados no curso. O segundo Estado em presença apresentou um percentual de participação de 6,3%, podendo-se inferir que a importância do tema ainda não permeia, de forma suficiente, o público que atende a mulheres em situação de violência.

O estado sudeste apresentou o maior percentual ao descrever a oferta de serviços para o atendimento da mulher em situação de violência, fato que pode relacionar-se também ao número de inscritos no curso pois a maioria de inscritos foi da região sudeste.

O conselho tutelar foi descrito com maior frequência na oferta de serviços para o atendimento à mulher em situação de violência. Dado que demonstra que este serviço está bem estruturado e possui reconhecimento dos profissionais da saúde.

Um dado que chamou a atenção no estudo foi o fato da região Sul ter sido identificada como a região mais insegura e associada a sentimentos negativos do Brasil. Este dado nos faz refletir sobre a rede de assistência da região Sul, que ao meu ver, é bem estruturada porém, sugere que os profissionais não se sentem capacitados para atuarem efetivamente nesta rede.

O Centro Oeste e o Norte foram identificados como regiões consideradas com a maior percepção de sentimentos positivos. Dados da literatura demonstram que se tratando do atendimento aos casos de violência contra mulher, estas regiões possuem uma rede mais fragilizada. Esta é uma informação que sugere mais estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARALDI, Ana Cyntia Paulin; ALMEIDA, Ana Maria de; PERDONA, Gleici Castro and VIEIRA, Elisabeth Meloni. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2012, vol.12, n.3, pp. 307-318.

BASTOS, Ethel da Silva; PADOIN, Stela Maris de Mello; VIANNA, Lucila Carneiro. Mulher em situação de violência: limites da assistência Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 1, enero, 2015, pp. 249-258

BERKMAN, Lisa F; SYME, S Leonard. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109:186-204.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Secretaria de políticas para as mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 25 p.

BRASIL. II Plano Nacional de Políticas para as mulheres. Secretaria de políticas para as mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 40 p.

BRASIL. Ministério da 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). Brasília,2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 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. Brasília,2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. ANEXO DI RETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS. Brasília,2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violências e Cultura de Paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASÍLIA. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra mulher. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República, 2011a.

BRASÍLIA. Rede de Enfrentamento à violência contra as mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República, 2011b.

CAIXETA, Denise Monteiro de Barros. Influência da capacitação no trabalho dos profissionais da saúde, que atendem mulheres em situação de violência. Dissertação Mestrado em Promoção da Saúde de Prevenção da Violência- Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2015.

CASSEL, John. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health* 1974; 64:1040-3.

CHAUÍ, Marilena. Convite à filosofia. Ed. Ática, 2000, pp. 120-125.

CHOR, Dora, FAERSTEIN, Eduardo; GRIEP, Rosane Harter; LOPES, Cláudia. Medidas de rede e apoio social no estudo Pró-Saúde I: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):887-96.

COBB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38:300-14.

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO (CPMI). Relatório final. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>>. Acesso em: 27 maio 2015.

CZERMAINSKI, Ana B. C. Análise de Correspondência. Seminário Análise Multivariada. Escola Superior de Agricultura. Universidade de São Paulo. Piracicaba, SP, 2004. Disponível em: <<http://www.lce.esalq.usp.br/tadeu/anabeatriz.pdf>>. Acesso em 29 de julho de 2015.

DALTOSO, Daniela. A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher. Tese [on line]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.



DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.

DESLANDES, Suely Ferreira ; CAMPOS, Daniel de Souza. A ótica dos conselheiros tutelares sobre a ação da rede para a garantia da proteção integral a crianças e adolescentes em situação de violência sexual. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.7, pp. 2173-2182.

DUTRA, Maria de Lourdes; PRATES, Paula Licursi; NAKAMURA, Eunice; VILLELA, Wilza Vieira. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.5, pp. 1293-1304.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa and DURAND, Julia. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1037-1050.

FERRANTE, Fernanda Garbelini de. Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. TESE[on line]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2008.

FERRARA, Lucrecia D'Alessio. Olhar periférico: Informação, Linguagem, Percepção Ambiental- São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.

GARCÍA-MORENO, Claudia; STOCKL, Heide. Protection and Sexual reproductive health rights: Addressing violence against women. *International Journal of Gynecology e obstetrics*. 2009;106:144- 147.

GARCÍA-MORENO, Claudia; HEGARTY, Kelsey; OLIVEIRA, Ana Flavia Lucas; KOZIOL-MAMBO, Jane; COLOMBINI, Manuela; FEDER, Gene. The health-systems response to violence against women. *Lancet series on violence against women and girls*. 2014. Online p.1-13. Disponível em: <http://blogs.lshmt.ac.uk/samegroup/2014/11/26/lancet-series-violence-women-girls/>

GRIEP, Rosane Harter et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.3, pp. 703-714.

KOSS, Mary P.; Koss, PAUL G ; Woodnuff, W Joy. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 2000; 151(1991): 342-7.

KRUG, Etienne G.; DAHLBERG, Linda; MERCY J, et al., Eds. Violência, um problema de saúde pública global. In: Relatório Mundial sobre violência e saúde. 1ª ed. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002. p. 15.

LEGENDRE, R. Dictionnaire actuel de Education. e actuel de Education 2 ed. Montreal (QC): Guerin, 1993.

MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência. Teorias e Práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 pp. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/podemos\\_prevenir\\_violencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/podemos_prevenir_violencia.pdf)

MELO, Elza Machado. O Projeto Para elas, por elas, por eles e por nós. Acesso em 20 de março de 2015a. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saude soc.* [online]. 2014, vol.23, n.3, pp. 778-786.

MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz; GALVAO, Lílian Lira Lisboa Fagundes; MELO, Carmen Oliveira Medeiros and AZEVEDO, George Dantas de. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.6, pp. 1053-1059. Epub Oct 03, 2008

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

PAULA, Keilla Carrijo; FERNEDA, Edilson; FILHO, Mauricio Prates de Campos. Elementos para implantação de cursos a distância. Revista Digital da CVA-Ricesu.2004, vol.2,n.7.

PEDROSA, Claudia Mara and SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude soc.* [online]. 2011, vol.20, n.1, pp. 124-135.

REICHENHEIM, Michel Eduardo ; SOUZA, Edinilsa Ramos de; MORAES, Claudia Leite; MELLO JORGE, Maria Helena Prado.; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet.* 2011 Vol. 377 Pag. 75-89 disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>;

SCHRAIBER, Lilia Blima; OLIVEIRA , Ana Flavia Pires Lucas; HANADA, Heloisa; KISS, Ligia . Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital* 2012, vol.12, n.3, pp. 237-254.

SANTI; Liliane Nascimento, NAKANO, Ana Marcia Spanó; LETTIERE Angelina. Percepção de Mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seus contexto social. *Rev Texto e Contexto de Enfem* 2010; 19(3):417-424.

SOARES, MLPV. Vencendo a Desnutrição: abordagem social. São Paulo: Salus Paulista; 2002. p. 31-51.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira and TOCANTINS, Florence Romijn. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online].2009, vol.17, n.3, pp. 354-360.

VIEIRA, Letícia Becker; PADOIN, Stela Maris de Mello and LANDERDAHL, Maria Celeste. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2009, vol.30, n.4, pp. 609-616.

WHO. Violence prevention: the evidence. 2009. Disponível em [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/4th\\_milestones\\_meeting/publications/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html)).

WHO. Violence Prevention Alliance: Conceptual Framework. November 2010.  
Disponível em [http://www.who.int/violenceprevention/vpa\\_conceptual\\_framework.pdf](http://www.who.int/violenceprevention/vpa_conceptual_framework.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization, Technical Brief n° 1, 2008.

## APÊNDICE A QUESTIONÁRIO

### CURSO DE ATUALIZAÇÃO A DISTÂNCIA

#### **Prezado participante,**

A saúde da mulher é uma das prioridades das Políticas de Saúde do Brasil e compreende, entre outros temas, a abordagem da violência, problema ainda muito grave em nosso meio. O curso de atualização à distância do projeto Para Elas, do qual você irá participar, tem como objetivo oferecer a você e aos demais profissionais participantes subsídios para a prática de prevenção da violência e de promoção da saúde das mulheres.

Ao responder este questionário você irá contribuir para que tenhamos um conhecimento da realidade da violência na região onde você atua. As informações geradas a partir deste instrumento poderão auxiliar na elaboração de propostas para prevenir, promover e abordar a violência contra a mulher na sua região, além de orientar nossas atividades didático-pedagógicas, portanto este questionário é parte integrante do curso.

Sua participação é de grande importância para que possamos mapear a situação atual em seu território e região de saúde. No questionário você encontrará questões abertas, de múltipla escolha e questões onde poderão ser marcadas mais de uma alternativa. O não preenchimento de qualquer questão inviabilizará o envio do questionário, portanto, pedimos que não salte nenhuma questão. Responda tendo como base sua experiência no local onde você atua, seja como gestor, trabalhador ou usuário do Sistema Único de Saúde ou de outra área que aborda a violência contra a mulher.

Todos os dados de identificação prestados são sigilosos e é importante que você os preencha para que possamos conhecer o perfil de quem está participando deste trabalho.

Ao final de cada seção você poderá salvar seu questionário, caso precise interromper o preenchimento, e retomá-lo posteriormente.

Agradecemos sua participação!

Li e concordo com os termos descritos acima. Sei que, ao concordar em responder o questionário, estarei autorizando que as minhas respostas possam ser incluídas no banco de dados, para permitir a análise global e gerar informações que serão úteis para a Rede. Sei, também, que estas informações ficarão sob sigilo, garantindo minha total privacidade.

#### **I – IDENTIFICAÇÃO**

01- Nome Completo: \_\_\_\_\_

02- Idade (anos completos): \_\_\_\_\_

03- Sexo:

M

F

04- Estado: \_\_\_\_\_

05- Cidade onde trabalha: \_\_\_\_\_

06- Estado civil:

Casada(o)/união estável/mora junto com um companheiro(a)

Solteiro(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

07- Cor da pele:

Preta

Branca

Amarela

Parda

Não deseja declarar

## II – FORMAÇÃO

08- Marque abaixo todas as opções que correspondam à sua formação acadêmica:

Superior completo. Qual? \_\_\_\_\_

Especialização. Qual? \_\_\_\_\_

Mestrado completo. Qual? \_\_\_\_\_

Doutorado completo. Qual? \_\_\_\_\_

Não tenho curso superior. Cite sua formação profissional: \_\_\_\_\_

09- Em seu curso de graduação foi abordado ou discutido a violência de gênero?

Sim, de forma suficiente

Sim, de forma insuficiente

Não, não houve abordagem

Não sei.

Não se aplica

## III – TRABALHO

**Atenção: Caso atue em mais de uma instituição, responda as questões abaixo com base no serviço que você está representando. É importante que os dados sejam preenchidos corretamente, pois estas informações são essenciais para o mapeamento da rede.**

10- Nome completo da instituição onde você trabalha:

\_\_\_\_\_

11- Endereço completo da instituição (Confira na internet caso não se lembre, ou não saiba):

\_\_\_\_\_

12- Tipo de Instituição:

Pública Federal

Pública Estadual

Pública Municipal

Privada Filantrópica

Privada

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

13- Você trabalha:

Na Atenção Primária (Postos de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde)

Na Atenção Secundária (Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais Escolas)

Na Atenção Terciária (Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras de alta complexidade, além de condutas de suporte básico à vida)

Em outros setores ou serviços. Qual? \_\_\_\_\_

Não se aplica.

14- Qual a sua função atual? \_\_\_\_\_

15- Há quanto tempo está nessa função?

< um ano

1 a 3 anos

> 3 anos

16- A Instituição onde você trabalha atende a mulher em situação de violência?

Sim.

Não.

Não sei.

17- Quantas horas por semana você trabalha com a atenção à mulher em situação de violência?

\_\_\_\_\_ horas/semana  Não se aplica

#### **IV - PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL SOBRE SEU PAPEL NA ABORDAGEM DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

18- Você já atendeu uma mulher em situação de violência?

- Sim
- Não
- Não se aplica

19- Se você já atendeu uma mulher em situação de violência, o que foi feito? **NESTA QUESTÃO**

**VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

- Acolhimento
- Abordou a situação da violência
- Notificou
- Discutiu o caso com a equipe
- Agendou retorno
- Fez seguimento da mulher no ambulatório
- Fez seguimento da família.
- Encaminhou para seguimento ambulatorial
- Encaminhou para serviço especializado no município
- Encaminhou para serviço especializado em outro município
- Encaminhou para a delegacia
- Encaminhou para delegacia especializada em atenção à mulher
- Encaminhou ao IML
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_
- Não se aplica.

20- Você foi capacitado para este atendimento?

- Sim
- Não
- Não se aplica

21- Quem ofertou sua capacitação? \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica

22- Há quanto tempo foi sua última capacitação para o atendimento da mulher em situação de violência?

- < um ano
- 1 a 3 anos
- > 3 anos
- Não se aplica

23- “Após essa capacitação me senti seguro para atender à mulher em situação de violência”

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada
- Não se aplica

24- “Eu não sei o que fazer quando preciso atender uma mulher em situação de violência.”



- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

25- Como você se sente ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência? **NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

- Confiante
- Seguro(a)
- Preocupado(a)
- Impotente
- Inseguro(a)
- Angustiado (a)
- Constrangido (a)
- Temeroso (a)
- Infeliz
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_
- Não se aplica

26- “Eu gostaria de mudar de setor para não atender mulheres em situação de violência”.

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada
- Não se aplica

27- Quais os tipos de violência contra a mulher são mais atendidos no serviço onde você trabalha?

**NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

- Agressão física
- Exclusão social
- Agressão verbal
- Negligência ou abandono
- Agressão moral ou psicológica
- Não se aplica
- Agressão sexual
- Não sei
- Discriminação

28- Em quais pontos da Rede de Atenção o Município/Estado onde você trabalha garante atendimento para a mulher em situação de violência? **NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA.** (Confira na internet caso não se lembre, ou não saiba os nomes completos dos serviços que você assinalar):

- Atenção primária
- Atenção secundária
- Serviço ambulatorial especializado na atenção à mulher em situação de violência.

Escreva o nome completo do(s) serviço(s) de referencia para esse atendimento:

\_\_\_\_\_

Hospital de referência de atenção a mulher em situação de violência

Escreva o nome completo do(s) hospital (is) de referência para esse atendimento:

\_\_\_\_\_

Serviço de urgência e emergência

Escreva o nome completo do(s) serviço(s):

\_\_\_\_\_

Não sei

## **V - AÇÕES E POLÍTICAS PARA ATENÇÃO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

29- Quais ações/estratégias e legislações de Políticas Públicas de abordagem à violência contra a mulher, listadas abaixo, você conhece?

Secretaria de Políticas das Mulheres

Plano Nacional de Políticas das Mulheres

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Lei da Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher

Lei Maria da Penha

Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

30- “Denúncia e notificação de violência são coisas diferentes”

Concordo plenamente

Concordo parcialmente

Discordo parcialmente

Discordo plenamente

Não tenho opinião formada

31- A ficha de notificação de violência está disponível no local onde você trabalha?

Sim

Não

Não sei

Não se aplica

32- No local onde você trabalha é realizada a notificações dos casos atendidos de mulheres em situação de violência?

Sim

Não

Não sei

Não se aplica

33- Você tem dificuldade no preenchimento da ficha de notificação?

Sim

Não

Não se aplica

34- Qual(is) a(s) dificuldade(s) você aponta para o preenchimento da ficha de notificação? **NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

É extensa

É de difícil entendimento

Desconhecimento dos termos utilizados

Falta de tempo durante o atendimento

Tenho medo de implicações com o judiciário

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

Não se aplica

## **VI – REDE DE ATENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL**

35- Quais são os serviços existentes no seu município que oferecem atendimento à mulher em situação de **violência sexual**?

**NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

Delegacia Especializada no atendimento à mulher

Conselho Municipal dos Direitos da Mulher

Unidades de Pronto Atendimento

Atenção Secundária

CAVIV- Centro de Atendimento às Vítimas de Violência

Serviços de Emergência Hospitalares

Atenção Terciária (hospital de referência)

Citar nome completo do estabelecimento (Confira na internet caso não se lembre, ou não saiba o nome completo) : \_\_\_\_\_

Atenção Primária

Serviço de referência de outro município

Conselho Tutelar

Cadeia de custódia (Coleta de vestígios na rede de saúde para identificar o agressor)

Outros. Citar \_\_\_\_\_

36- O serviço onde você trabalha segue a Norma Técnica do Ministério da Saúde de atenção à mulher em situação de violência sexual?

Sim, integralmente

Sim, parcialmente

Não

Não sei.

Não se aplica

37- Se o serviço onde você trabalha atende a mulher em situação de **violência sexual**, qual (is) a(s) etapa(s) do atendimento é (são) realizada (as)? **NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR**

**MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

- Acolhimento
- Anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte)
- Profilaxia de DSTs
- Profilaxia de HIV
- Interrupção legal de gravidez
- Não se aplica
- Não sei

38- O serviço onde você atua realiza interrupção de gestação nos casos previstos em lei (risco de morte materna, estupro e feto anencéfalo)?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica

39- Sobre a interrupção da gestação no SUS prevista em lei, decorrente de violência sexual, você:

- Concordo plenamente
- Concordo parcialmente
- Discordo parcialmente
- Discordo plenamente
- Não tenho opinião formada

40- Em sua opinião, qual (is) a(s) dificuldade(s) para interromper a gestação decorrente de violência sexual prevista em lei?

**NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

- Religiosa da paciente
- Religiosa do profissional
- Familiar da paciente
- Cultural da paciente
- Cultural dos profissionais
- Não têm hospital
- Técnica/estrutura do serviço
- Técnica/capacitação dos profissionais
- Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

41- Em sua opinião, quais os setores da sociedade devem estar articulados em rede com o setor da Saúde para realizar o atendimento da mulher em situação de **violência sexual**?

**NESTA QUESTÃO VOCÊ PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA**

- Delegacia de Mulheres
- Secretaria de Defesa Social/Segurança Pública
- Secretaria de Justiça

- ( ) Secretaria de Assistência Social
- ( ) Secretaria de Direitos Humanos
- ( ) Movimento Feminista
- ( ) Organização Não Governamental (ONG)
- ( ) Outro(s). Citar \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 14187513.0.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Simone Mendes Carvalho**  
**Departamento de Enfermagem Materno Infantil e**  
**Saúde Pública**  
**Escola de Enfermagem- UFMG**

#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de junho de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "**Acolhimento qualificado da mulher em situação de violência**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA  
**LUCIMEIRE DE MENEZES ZIRLEY**

Realizou-se, no dia 31 de maio de 2016, às 14:00 horas, Sala 507, 5º andar da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada **A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS SOBRE A REDE DE ASSISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**, apresentada por **LUCIMEIRE DE MENEZES ZIRLEY**, número de registro 2014719246, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**, à seguinte Comissão Examinadora: Prof. Victor Hugo de Melo - Orientador (UFMG), Prof. Marcus Vinicius Polignano - Coorientador (UFMG), Profa. Soraya Almeida Belisario (UFMG), Prof. Francisco José Machado Viana (FHEMIG).

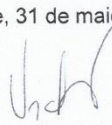
A Comissão considerou a dissertação:

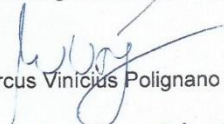
Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 31 de maio de 2016.

  
Prof. Victor Hugo de Melo (Doutor)

  
Prof. Marcus Vinicius Polignano (Doutor)

  
Profa. Soraya Almeida Belisario (Doutora)

  
Prof. Francisco José Machado Viana (Doutor)



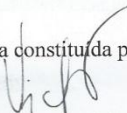
FOLHA DE APROVAÇÃO

A PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E DE OUTRAS ÁREAS AFINS  
SOBRE A REDE DE ASSISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

LUCIMEIRE DE MENEZES ZIRLEY

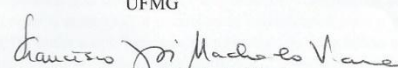
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 31 de maio de 2016, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof. Victor Hugo de Melo - Orientador  
UFMG

  
Prof. Marcus Vinicius Polignano - Coorientador  
UFMG

  
Profa. Soraya Almeida Belisario  
UFMG

  
Prof. Francisco José Machado Viana  
FHEMIG

Belo Horizonte, 31 de maio de 2016.