



Violência sexual: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Atenção Primária

Sexual violence: knowledge, attitudes and practices of Primary Care professionals

Isabelle Cantídio Fernandes Diógenes¹, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento¹, Patricia Estela Giovannini², Laíse Carla da Costa Felisberto², José Antonio da Silva Júnior^{*}, Thales Allyrio Araújo de Medeiros Fernandes¹

¹ Departamento de Ciências Biomédicas, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde e Sociedade, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró (RN), Brasil.

² Departamento de Ciências Biomédicas, Curso de Graduação em Medicina, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró (RN), Brasil.

***Autor correspondente:** José Antonio da Silva Júnior–*E-mail:* joseantonio.030@hotmail.com

RESUMO

Investigar conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde no atendimento à mulher em situação de violência sexual. Estudo transversal, com 359 profissionais da Atenção Primária à Saúde. Os dados foram analisados mediante estatísticas descritivas e teste razão de risco ($p \leq 0,05$). Dos 71,8% apresentaram conhecimentos, atitudes (72,7%) e práticas preventivas (92,2%), avaliativas (85,5%), de acompanhamento (72,1%) e assistenciais (46,8%) inadequadas. Profissionais com conhecimentos inadequados tiveram risco aumentado para atitudes, práticas assistenciais e de acompanhamento inadequadas. Entre profissionais com práticas preventivas, assistenciais e de acompanhamento inadequadas, foi percebido risco maior para atitudes inadequadas. A maioria declarou não ter atendido casos de violência sexual. Evidenciaram-se fragilidades relacionadas ao atendimento da mulher em situação de violência sexual, indicando a necessidade de apropriada capacitação profissional, com ênfase na superação da invisibilidade do problema.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Capacitação profissional. Violência Sexual.

ABSTRACT

To investigate knowledge, attitudes, and practices of Primary Health Care professionals in the care of women in situations of sexual violence. Cross-sectional study, with 359 Primary Health Care professionals. Data were analyzed using descriptive statistics and risk ratio test ($p \leq 0.05$). 71.8% had knowledge, attitudes (72.7%) and preventive practices (92.2%), evaluative (85.5%), monitoring (72.1%) and assistance (46.8%) inappropriate. Professionals with inadequate knowledge were at increased risk for inappropriate attitudes, care practices and monitoring. Among professionals with inadequate preventive, care and monitoring practices, a higher risk for inappropriate attitudes was perceived. Most declared that they had not dealt with cases of sexual violence. Weaknesses were evidenced with regard to the care of women in situations of sexual violence, indicating the need for appropriate professional training, with an emphasis on overcoming the invisibility of the problem.

Keywords: Primary Health Care. Professional Training. Sex Offenses.

Recebido em Outubro 13, 2022
Aceito em Março 10, 2023

INTRODUÇÃO

A violência sexual é definida como ato sexual, tentativa de ato sexual, comentários indesejados ou investidas sexuais, atividades como o tráfico humano e outras contra a sexualidade de uma pessoa utilizando coerção, independentemente da relação do agressor com a mulher em situação de violência e do contexto¹.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde² (OPAS), aproximadamente uma em cada três mulheres (35%) sofrem violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida, e 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro masculino. Por sua vez, no Brasil, em 2021, foram notificados 225.455 casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada, dos quais 2.668 casos ocorreram no Rio Grande do Norte³. Em Mossoró (RN), 75 novos casos de violência sexual foram cadastrados pelo Programa Institucional Flor de Lótus – Hospital Maternidade Almeida Castro no ano de 2022⁴.

As repercussões da violência sexual são múltiplas e incluem traumas físicos, infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez não desejada, depressão, insônia, ansiedade, disfunções sexuais, até casos gravíssimos que culminam em suicídio⁵. Por essas razões, é importante a presença de profissionais qualificados, com ampla visão sobre saúde, para trabalhar com o objeto em questão, que exige conhecimento de normas e diretrizes específicas, apropriação do conceito e de como operacionalizar a rede intersetorial, possibilitando ação multiprofissional que o problema merece.

É primordial a atuação dos profissionais e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) visando à assistência, prevenção e promoção à saúde, já que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os principais lugares procurados pelas mulheres em situação de violência. Apesar disso,

essas demandas nas UBSs nem sempre têm atendimento imediato e explícito, surgindo mais como uma demanda implícita⁶. Ademais, são necessárias estratégias de identificação precoce de mulheres em situação de violência sexual, envolvendo qualificação e capacitação profissional, pois a falha no diagnóstico ou o diagnóstico tardio de violência sexual pode levar a procedimentos e tratamentos inadequados, contribuindo para elevar a morbidade e mortalidade das mulheres em situação de violência⁷.

No entanto, apesar de grandes avanços nas políticas públicas sobre qualificação profissional, ainda assistimos insegurança na presteza do atendimento às mulheres em situação de violência sexual. O tema ainda é fracamente mencionado durante a graduação, pouco trabalhado nos cursos da área de saúde e, por vezes, é apresentado pela primeira vez aos profissionais na prática do serviço ou por iniciativa deles em buscar sua própria qualificação⁸.

Considerando o exposto, a atual pesquisa teve como objetivo analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da APS/ESF acerca da assistência à saúde a mulheres em situação de violência sexual.

MÉTODOS

Estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, com profissionais da ESF na cidade de Mossoró, segunda cidade mais populosa do estado do Rio Grande do Norte (RN) e polo da região oeste do estado.

Com base nos Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres⁹, foi elaborado um questionário estruturado, composto por 54 itens que abordaram: informações sociodemográficas, protocolo de atendimento, identificação da mulher em situação de violência, acolhimento,

ambiência e entrevista, registro, coordenação do cuidado, rede e encaminhamentos, avaliação clínica e profilaxias, gravidez, notificação, vigilância e monitoramento, conhecimentos específicos e qualificação, promoção, prevenção e educação em saúde, bem como possibilidades e desafios no processo de atenção.

Após 17 reuniões com a equipe executora, foram construídos os conceitos de conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais em relação ao atendimento, com base na interpretação do Protocolo de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual e/ou Doméstica/ Intrafamiliar da Atenção Básica – Saúde das Mulheres, MS/ISLEP¹⁰.

Assim, conhecimento é o ato de conhecer um assunto de forma que se possa desenvolver o trabalho adequadamente, por meio da aquisição de informações sobre procedimentos, normas, diretrizes, entre outros aspectos, para a realização de uma tarefa. As atitudes são caracterizadas pelo posicionamento/postura dos profissionais diante das demandas e pela motivação para a resolução dos problemas.

As práticas são o cumprimento de rotinas nos serviços para suprir as demandas de atendimento; as práticas de acompanhamento são caracterizadas por encaminhar, matricular e monitorar as mulheres em situação de violência; as avaliativas lidam com os aspectos inerentes às mulheres em situação de violência, independentemente da idade e condições próprias das adolescentes; práticas preventivas fornecem informações próprias da temática enquanto foco nas ações de prevenção e promoção à saúde, contribuindo para uma cultura de paz; por fim, as assistenciais concretizam as medidas que devem ser instituídas em casos de violência sexual contra as mulheres.

A aplicação dos 359 questionários ocorreu no período de novembro de 2018 a julho de 2019, precedida de teste-piloto em uma

UBS de uma cidade próxima, que não estava incluída na pesquisa. O instrumento foi aplicado de forma impressa ou mediante formulário on-line autoaplicável, acessado por meio de aparelhos eletrônicos do próprio participante, dependendo da sua preferência e disponibilidade.

Os critérios de inclusão foram: ser membro integrante das ESFs (médico, enfermeiro, dentista, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem e saúde bucal); estar presente na UBS no momento da visita/entrevista; e atuar nas UBSs investigadas. Os critérios de exclusão foram: estar afastado; estar ausente em três momentos previamente combinados; e ser profissional vinculado ao Programa Mais Médicos.

Os dados foram tabulados no programa SPSS versão 20.0¹⁰ e analisados mediante estatísticas descritivas, seguidas de associação entre as variáveis por meio do teste razão de risco, sendo considerados significantes os valores de $p \leq 0,05$.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as Resoluções 466/12 e 566/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) (Parecer n° 2.511.051 de 24/02/2018; CAAE – 82645518.3.0000.5294) e realizado em conformidade com a Declaração de Helsinki.

RESULTADOS

Foram entrevistados 359 profissionais, o que corresponde a 49,93% (359/719) dos cadastrados nas UBSs. O total de participantes para cada variável não atinge a amostra de 359 porque nem todos os entrevistados responderam a todos os quesitos (Tabela 1). A faixa etária dos entrevistados variou de 26 a 85 anos, média de 44 anos, sendo 88,4% (312/353) do sexo feminino.

Quanto às categorias profissionais, todas foram representadas, sendo 49,7% (177/356) de agentes comunitários de saúde e 14% (50/356) de enfermeiros. A região leste apresentou a maior parcela de participantes, 38,1% (136/357) dos entrevistados.

A maioria dos profissionais, 73% (238/326), tinha menos de dez anos de atuação profissional; e 51,5% (172/334), menos de dez anos de tempo de serviço em uma mesma UBS.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais da ESF entrevistados - Mossoró, RN, 2019

Características Sociodemográficas			Características Sociodemográficas		
	N	%		N	%
Sexo			Unidades Básicas de Saúde (Zona)		
Masculino	41	11,6	Norte	61	17,1
Feminino	312	88,4	Sul	78	21,8
Total	353	100	Leste	136	38,1
Idade			Oeste	51	14,3
Até 29 anos	14	4,6	Rural	31	8,7
De 30 a 39 anos	84	27,6	Total	357	100
De 40 a 49 anos	124	40,8	Tempo de atuação profissional		
De 50 a 59 anos	72	23,7	Até dez anos	238	73
60 ou mais	10	3,3	Mais de dez anos	88	27
Total	304	100	Total	326	100
Profissão			Tempo de serviço na unidade		
Médico	30	8,4	Até dez anos	172	51,5
Enfermeiro	50	14	Mais de dez anos	162	48,5
Dentista	24	6,7	Total	334	100
Técnico de enfermagem	41	11,5			
Técnico de saúde bucal	34	9,6			
Agente comunitário de saúde	177	49,7			
Total	356	100			

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do questionário aplicado (2019).

Dentre os participantes da pesquisa, a proporção de inadequação dos profissionais foi de 71,8% (258/359) em conhecimentos; 72,7% (261/359), em atitudes; 92,2% (331/359), em práticas preventivas; 85,5%

(306/359), em avaliativas; e 72,1% (259/359), em acompanhamento. Apenas as práticas assistenciais foram adequadas em pouco mais da metade dos entrevistados (53,2%) (Gráfico 1).

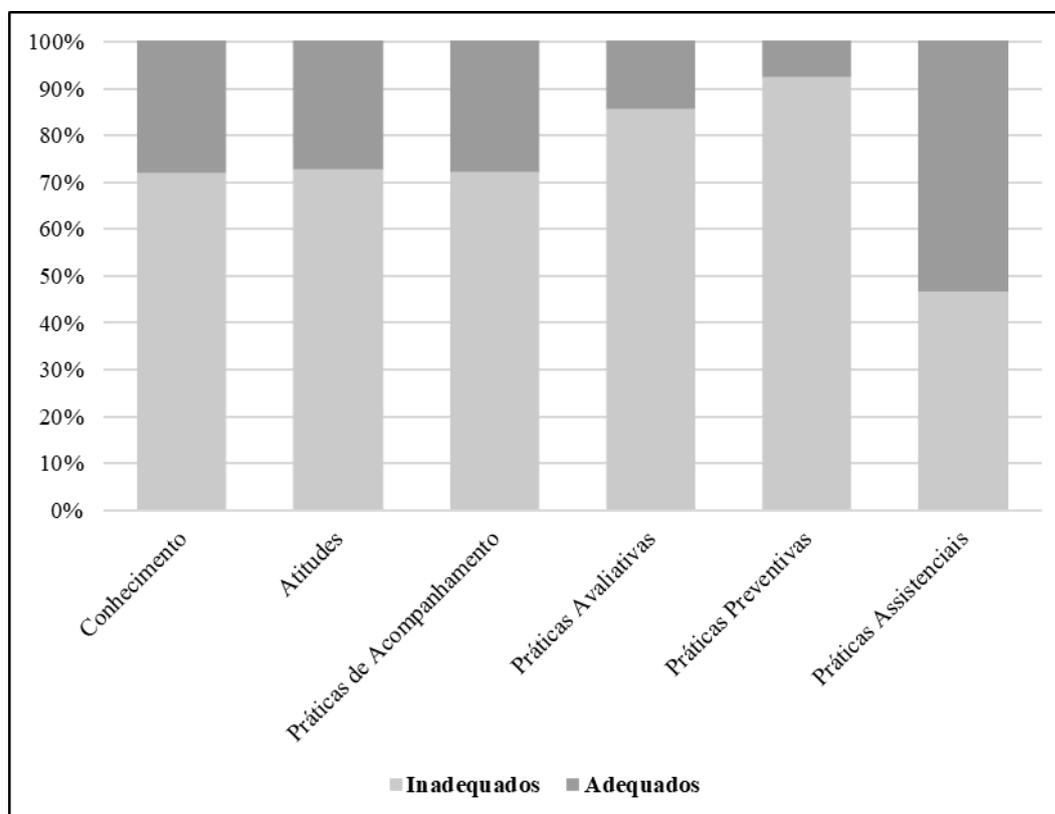


Gráfico 1. Descrição do conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da ESF acerca da assistência à saúde a mulheres vítimas de violência sexual - Mossoró, RN, 2019

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do questionário aplicado (2019).

Quando se analisou a existência de conhecimento adequado em função das demais variáveis dependentes analisadas, observou-se que os profissionais com atitudes (RR = 1,524, $p < 0,001$), práticas assistenciais (RR = 1,248,

$p < 0,001$) e de acompanhamento (RR = 1,247, $p = 0,011$) inadequadas apresentavam risco significativamente maior de possuir conhecimentos inadequados (Tabela 2).

Tabela 2. Associação do conhecimento acerca do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual com as atitudes e práticas dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - Mossoró, RN, 2019

(Continua)

Variável	Conhecimento		Razão de risco	P
	Inadequado	Adequado	IC 95%	
Atitudes				
Inadequadas	207 (80,2%)	54 (53,5%)	1,524 (1,248-1,861)	< 0,001*
Adequadas	51 (19,8%)	47 (46,5%)		
Práticas preventivas				
Inadequadas	241 (93,4%)	90 (89,1%)	1,199	0,243
Adequadas	17 (6,6%)	11 (10,9%)	(0,884-1,627)	

Variável	Conhecimento		Razão de risco	P
	Inadequado	Adequado	IC 95%	
Práticas avaliativas				
Inadequadas	225 (87,2%)	82 (81,2%)	1,155 (0,930-1,435)	0,144
Adequadas	33 (12,8%)	19 (18,8%)		
Práticas assistenciais				
Inadequadas	135 (52,3%)	33 (32,7%)	1,248 (1,097-1,420)	< 0,001*
Adequadas	123 (47,7%)	68 (67,3%)		
Práticas de acompanhamento				
Inadequadas	197 (76,4%)	62 (61,4%)	1,247 (1,051-1,479)	0,011*
Adequadas	61 (23,6%)	39 (38,6%)		

* Estatisticamente significante

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do questionário aplicado (2019).

O risco de os profissionais desenvolverem atitudes inadequadas foi significativamente maior entre aqueles cujas práticas preventivas (RR =

1,755, $p = 0,011$), assistenciais (RR = 1,163, $p = 0,019$) e de acompanhamento (RR = 1,413, $p < 0,001$) foram inadequadas. Também aqueles que realizaram práticas assistenciais inadequadas apresentaram maior risco (RR = 2,109, $p <$

0,001) de desenvolver práticas de acompanhamento inadequadas (Tabela 3).

Tabela 3. Associação da atitude com as práticas dos profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual — Mossoró, RN, 2019

Variável	Atitude		Razão de risco	P
	Inadequada	Adequada	IC 95%	
Práticas preventivas				
Inadequadas	249 (95,4%)	82 (83,7%)	1,755 (1,139-2,704)	0,011*
Adequadas	12 (4,6%)	16 (16,3%)		
Práticas avaliativas				
Inadequadas	229 (87,7%)	78 (79,6%)	1,212 (0,968-1,517)	0,093
Adequadas	32 (12,3%)	20 (20,4%)		
Práticas assistenciais				
Inadequadas	132 (50,6%)	36 (36,7%)	1,163 (1,026-1,320)	0,019*
Adequadas	129 (49,4%)	62 (63,3%)		
Práticas de acompanhamento				
Inadequadas	205 (78,5%)	54 (55,1%)	1,413 (1,175-1,700)	< 0,001*
Adequadas	56 (21,5%)	44 (44,9%)		

*Estatisticamente significante

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do questionário aplicado (2019).

Em relação ao atendimento, 78,4% (280) dos profissionais relataram nunca terem realizados atendido mulher em situação de violência sexual (Tabela 4).

A análise em função da experiência em se ter realizado atendimento à mulher em situação

de violência sexual demonstrou, por sua vez, que aqueles que nunca o realizaram tiveram maior risco de desenvolver práticas preventivas inadequadas (RR = 1,504, $p = 0,022$), embora apresentassem menor risco de realizarem práticas assistências inapropriadas (RR = 0,853, $p = 0,006$) (Tabela 4).

Tabela 4. Associação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família que atenderam ou não mulheres vítimas de violência sexual com as variáveis “conhecimentos”, “atitudes” e “práticas” - Mossoró, RN, 2019

Variável	Atendimento à vítima de violência		Razão de risco	P
	Não	Sim	IC 95%	
Conhecimentos				
Inadequadas	202 (72,1%)	54 (70,1%)	1,022	0,732
Adequadas	78 (27,9%)	23 (29,9%)	(0,903-1,156)	
Atitudes				
Inadequadas	204 (72,9%)	55 (71,4%)	1,016	0,806
Adequadas	76 (27,1%)	22 (28,6%)	(0,897-1,150)	
Práticas preventivas				
Inadequadas	265 (94,6%)	64 (83,1%)	1,504	0,022*
Adequadas	15 (5,4%)	13 (16,9%)	(1,061-2,131)	
Práticas avaliativas				
Inadequadas	241 (86,1%)	64 (83,1%)	1,054	0,541
Adequadas	39 (13,9%)	13 (16,9%)	(0,891-1,245)	
Práticas assistenciais				
Inadequadas	120 (42,9%)	47 (61%)	0,853	0,006*
Adequadas	160 (57,1%)	30 (39%)	(0,762-0,955)	
Práticas de acompanhamento				
Inadequadas	196 (70%)	61 (79,2%)	0,908	0,083
Adequadas	84 (30%)	16 (20,8%)	(0,814-1,013)	

* Estatisticamente significativa

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do questionário aplicado (2019).

DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstra que o conhecimento inadequado acerca do atendimento de casos de violência sexual aumenta o risco de os profissionais de saúde apresentarem atitudes, práticas assistenciais e de acompanhamento

inadequadas. Esses achados corroboram estudos nacionais¹¹⁻¹³ e internacionais^{14,15}, em que se mostra a influência negativa do conhecimento inadequado sobre as atitudes e práticas profissionais.

Destaca-se que a maioria dos profissionais participantes de nossa pesquisa

afirmou nunca ter atendido mulheres em situação de violência sexual. Estudo realizado em São Paulo evidencia a invisibilidade e a banalização como importantes fatores que contribuem para a falta de reconhecimento do problema e consequentemente do seu manejo¹⁶. Enfrentar o problema como real significa resgatá-lo da invisibilidade independentemente do cenário em que se encontre.

Entre os profissionais que não atenderam mulheres em situação de violência sexual, foi observado maior risco de desenvolverem práticas preventivas inadequadas, porém menor risco de realizarem práticas assistenciais inadequadas. A falta de experiência e de vivência traz como desdobramento o desenvolvimento de práticas preventivas inadequadas, porque possivelmente o profissional acaba por ter baixa percepção da relevância do seu papel na atenção às mulheres em situação de violência sexual. O modelo biologicista, mais técnico, afasta esse profissional da completude do tema.

Evidências apontam associação entre o conhecimento inadequado em profissionais de saúde e problemas práticos, tais como encaminhamento tardio, má administração das condutas, falta de tempo para as consultas, dificuldades no trabalho em equipe e com o referenciamento, falta de controle no acompanhamento¹⁷ e suporte psicossocial inadequado¹⁸. É possível que exista relação entre a presença de conhecimento baixo ou muito baixo e o desenvolvimento de atitudes negativas em profissionais — por exemplo, percepção do fenômeno da violência como um problema social e não de saúde^{12,15}.

Conhecimentos adequados são indispensáveis no reconhecimento da violência sexual como questão de saúde pública. A partir do momento que o tema deixa de ser reconhecido como tal, ele é destituído da sua importância, e atitudes deixam de ser tomadas, entre elas:

manter mapeamento atualizado e colaboração com órgãos e instituições, oferecer nas UBSs listagem com endereços e telefones da rede de atendimento, que deve ser conhecida por todos os profissionais, e acioná-la quando necessário.

Vieira¹⁹ mostrou que profissionais de saúde concordam com o fato de que a implantação de um protocolo em seus serviços contribui para uma melhor atenção. Médicos e enfermeiros consideram que o protocolo é importante no atendimento, no sentido de orientar melhor a conduta²⁰. Importa lembrar que tal tecnologia deve ser compreendida na sua integralidade, para não gerar fragilidades que possam favorecer a piora das condições das pessoas, o que implicaria aumento da procura por serviços de saúde, elevação dos custos e sobrecarga entre os profissionais. As UBSs deveriam estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo a responsabilidade de cada profissional de acordo com a Norma Técnica nº 7.958²¹.

Algumas fragilidades dessa qualificação remontam à graduação, em que se percebem lacunas nos currículos da área de saúde atinentes ao tema violência sexual^{20,22-23}. Importante salientar que os currículos acadêmicos nessa área não acompanharam a velocidade dos avanços das diretrizes e normas ditadas pelas políticas públicas dos últimos anos, gerando um verdadeiro descompasso entre ensino e necessidades dos cenários de prática e tudo aquilo que será demandado do futuro profissional.

Práticas preventivas adequadamente elaboradas e executadas, que pavimentem a implementação de normas, diretrizes e leis, equipes multiprofissionais adequadamente instrumentalizadas, pautadas pela integração ensino-serviço da APS, provavelmente, influenciarão a construção de uma saúde pública mais digna, “integral, universal e igualitária”²¹, contribuindo para uma sociedade mais fraterna e cidadã, em que predomine a cultura de paz.

É preciso considerar tanto a magnitude de integrar as ações e informar as pessoas em situação de violência sobre tudo que será realizado durante o atendimento quanto a importância de cada medida que será implementada, como: registrar no prontuário local, dia, hora aproximada, tipo de violência e número de agressores, além do exame físico geral e específico, órgão que efetuou o encaminhamento e indicar profilaxias para as ISTs. Estas são práticas assistenciais necessárias que devem caminhar lado a lado com as demais práticas, contribuindo para assegurar atitudes adequadas pautadas pelos conhecimentos adequados.

Em Curitiba (PR), estudo com pessoas em situação de violência sexual, realizado em um hospital universitário, revelou escasso preparo de profissionais quando as pessoas relataram longo tempo de espera pelo atendimento, que nem sempre correspondeu às suas expectativas²⁴. Outro estudo, realizado em Fortaleza (CE) e Rio de Janeiro (RJ), apontou que os profissionais não se sentiam participantes do cenário de cuidado¹⁹. Muitos trabalhadores de saúde ainda consideram violência sexual responsabilidade apenas da justiça e da assistência social, fator que contribui para a invisibilidade do problema.

Incorporar a violência de gênero como tema prioritário no setor saúde é primordial para o desenvolvimento de atitudes adequadas. Resistir na negativa de que crimes sexuais não representam problema de saúde pública gera inúmeras consequências em curto e longo prazo na saúde das mulheres em situação de violência⁵ e daqueles que estão ao seu redor. Tal configuração pode contribuir para subestimar a magnitude do problema “violência sexual” e sua invisibilidade, sustentada dentro de uma dimensão de desigualdade de gênero e normas sociais. Isso traz, de um lado, mulheres que silenciam a violência da qual foram ou são vítimas, e do outro, profissionais cuja capacidade de suspeitar e realizar apropriada indagação pode ser limitada por conhecimentos inadequados.

Por sua vez, o acompanhamento de mulheres em situação de violência sexual pressupõe o envolvimento de profissionais de diversas categorias e um conjunto de ações para mobilizar mecanismos e dispositivos assistenciais de suporte e proteção. Além disso, põe em evidência o compromisso com a referência e contrarreferência, encaminhando, acompanhando a evolução das pacientes e o seu percurso, preparando para acolhê-las no retorno e dando continuidade ao plano terapêutico. Trata-se, portanto, de um processo longo e complexo, que demanda tempo, conhecimentos, padronização e familiaridade com o conjunto de elementos que caracterizam o trabalho em equipe e rede, assegurando a continuidade do cuidado.

Todavia, o alinhamento de equipes e profissionais da ESF com as diretrizes de atendimento à mulher em situação de violência sexual coloca o desafio de identificar barreiras existentes e avaliar a participação dos diversos fatores. Entre eles, está o conhecimento inadequado, que foi um elemento apontado nesta pesquisa. Todavia, também deve ser considerada a participação de outros fatores, tanto em relação aos profissionais quanto aos serviços, além de aspectos macroestruturais, principalmente em países nos quais a inclusão do tema nas políticas públicas se deu recentemente ou cujo impacto na prestação de cuidados às mulheres em situação de violência precisa ser avaliado^{15,18}.

Considerar a capacitação e qualificação profissional como prioridade, numa perspectiva multidisciplinar e intersetorial, que envolva os trabalhadores, a gestão e a comunidade, parece ser estratégia definidora no combate à temática multifacetada que estudamos. Isso se mostra essencial, considerando o fato de que o presente estudo evidenciou fragilidades no tocante ao atendimento de mulheres em situação de violência sexual por parte de profissionais das UBSs/ESFs em um município do oeste potiguar.

CONCLUSÃO

A maioria dos profissionais apresentou conhecimentos, atitudes e práticas (de acompanhamento, avaliativas e preventivas) inadequadas. Somente as práticas assistenciais foram adequadas em pouco mais da metade dos entrevistados. Profissionais com conhecimentos inadequados apresentaram maior risco de desenvolver atitudes e práticas (assistenciais e de acompanhamento) inadequadas.

Elaborar estratégias que motivem os profissionais a se envolverem no enfrentamento da violência sexual de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais e buscar fortalecimento das ações parece um caminho apropriado na procura constante de agir adequadamente, de acordo com as necessidades demandadas. Também, apropriada qualificação profissional é necessária para o alinhamento com as diretrizes vigentes e superação da invisibilidade do problema e do modelo de Atenção à saúde tradicional.

Enquanto limitações, este estudo enfrentou a dificuldade de aplicação dos questionários devido à sobrecarga de trabalho, dificuldade de compreensão e falta de prioridade por parte dos profissionais, além da dificuldade de acesso em algumas UBSs. Sugere-se a realização de futuras pesquisas que envolvam gestores de todos os níveis de atenção à saúde, objetivando identificar a visão desses profissionais, além de entender quais são as possíveis estratégias utilizadas pela equipe gestora para atender às demandas das mulheres em situação de violência.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Global status report on violence prevention 2014. Geneva: OMS; 2014.
2. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Violência contra as mulheres. 2017 Nov [acesso em 2019 Fev 05]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde (SVS). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net). Violência interpessoal/autoprovocada – Rio Grande do Norte: frequência por ano de notificação segundo ano da notificação. MS; 2021.
4. Hospital Maternidade Almeida Castro (HMAC). Relatório Anual do Programa Institucional “Flor de Lótus”. Mossoró: HMAC; 2022.
5. Andrade RP, Faúndes A, Oshikata CT, Colás OR. Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro. In: Comissão Nacional Especializada em Violência sexual e interrupção gestacional prevista em lei. Protocolo FEBRASGO: Obstetrícia. n° 60. São Paulo: FEBRASGO; 2018.p. 6-7.
6. Rosa DOA, Ramos RCS, Gomes TMV, Melo EM. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. Saúde debate [internet]. 2018 [acesso em 2019 Ago 10]; 42(spe 4):67-80. doi: <http://doi.org/10.1590/0103-11042018S405>.
7. Miller E, McCaw B. Intimate partner violence. The new England Journal of Medicine. 2019; 380(9):850-857. doi: <http://doi.org/10.1056/NEJMra1807166>.
8. Moreira GAR, Freitas KM, Cavalcanti LF, Vieira LJEIS, Silva RM. Qualificação de profissionais da saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual. Trabalho, educação e saúde. 2018 [acesso em 2022 out. 13]; 16(3):1039-1055. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00156>.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: MS/Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016. p. 214-231.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016 [Acesso em 2019 Jul 13]. Disponível em http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
11. Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AA, Nakano AMS, Santos MA, Daltoso D, Ferrante FG. Conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev bras epidemiol* [internet]. 2009 [acesso em 2022 out. 13]; 12(4):566-577. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400007>.
12. Vieira EM, Ford MJ, De Ferrante FG, Almeida AA, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among brazilian health care professionals. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2013 [acesso em 2022 out. 13]; 18(3):681-690. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300014>.
13. Egry EY, Apostólico MR, Morais TCP, Lisboa CCR. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem? *Rev Bras Enferm* [internet]. 2017 [acesso em 2022 out. 13]; 70(1):113-119. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>.
14. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, Feder G. Domestic violence: knowledge, attitudes and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice* [internet]. 2012 [acesso em 2022 out. 13]; 62(602):e647-e655. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>.
15. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Perceptions and practices of angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2022 out. 13]; 30(6):1229-1238. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103613>.
16. D'Oliveira AF. Invisibilidade e banalização da violência contra as mulheres na universidade: reconhecer para mudar. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2019 [acesso em 2022 out. 13]; 23:e190650. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190650>.
17. Vandenberghe A, Hendriks B, Peeters L, Roelens K, Kegnaert I. Establishing sexual assault care centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. *BMC Health Serv Res* [internet]. 2018 [acesso em 2022 out. 13]; 18(1):807. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3608-6>.
18. Wangamati CK, Gele AA, Sundby J. Post rape care provision to minors in Kenya. *Journal of Interpersonal Violence* [internet]. 2017 [acesso em 2022 out. 13]; 35(5-6):1415-1441. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260517696863>.
19. Vieira LJES, Silva ACF, Moreira GAR, Cavalcanti LF, Silva RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2016 [acesso em 2022 out. 13]; 21(12):3957-3965. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.15362015>.
20. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2022 out. 13]; 38(102):482-493. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: MS; 2012. 126 p.
22. Marcon SS, Tiradentes LK, Kato ES. Conhecimento, Atitudes e crenças de profissionais de saúde de Maringá frente a violência familiar contra a criança e o adolescente. *Fam Saúde Desenv* [internet]. 2001 [acesso em 2019 Fev 05]; 3(1):35-47. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/4947/3768>
23. Martins LCAM, Silva EB, Dilélio AS, Costa MC, Colomé ICS, Arboit J. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha*

Enferm [internet]. 2018 [acesso em 2022 out. 13]; 39:e2017-0030. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0030>.

24. Trigueiro TH, Silva MH, Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. Texto contexto – enferm [internet]. 2018 [acesso em 2022 out. 13]; 27(1):e6490015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>.