

# Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde

IMPROVEMENT COURSES ABOUT VIOLENCE PREVENTION: THE IMPACT ON HEALTH SECTOR PROFESSIONALS

CURSOS DE FORMACIÓN EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA: EL IMPACTO EN PROFESIONALES DEL CAMPO DE LA SALUD

Stephanie Pereira<sup>1</sup>, Lucila Amaral Carneiro Vianna<sup>2</sup>

## RESUMO

Estudo de intervenção não controlado, com o objetivo comparar a efetividade de dois cursos eletivos sobre *Prevenção e Tratamento às Pessoas Vulneráveis à Violência* para estudantes e profissionais da área da saúde. Os participantes responderam questões de múltipla escolha sobre o tema antes e depois da disciplina. As análises estatísticas foram realizadas por comparação de duas proporções no Programa STATA/IC. Quanto ao índice geral de acertos, *antes* foi de 54,8% e 58,4% nos cursos de 10h e 30h e *depois* 69,6% e 79,2% respectivamente. Conclui-se que a maior efetividade foi do *Curso 30h*, com estratégias de discussão de casos e visitas aos serviços de atendimento às vítimas. Constatou-se a necessidade de inclusão efetiva da disciplina nos cursos da área da saúde.

## DESCRIPTORIOS

Violência  
Capacitação  
Pessoal de saúde  
Estudantes de ciências da saúde  
Promoção da saúde

## ABSTRACT

Uncontrolled intervention study that compared the effectiveness of two elective courses on *Prevention and Assistance to violence victims* for students and professionals of the Health Sector. The participants answered multiple-choice questions on the topic before and after the course. Statistical analyzes were performed by comparison of two proportions on STATA/IC. Regarding the overall index of correct answers, *before* and *after*, it was 54.8 and 58.4% in the *10h Course* and the 69.6 and 79.2% in the *30h Course*. The most effective course was the *30h Course*, with strategies of case discussions and visits to assistance services to violence victims. There is a great necessity to include the discipline in the curriculum of healthcare courses permanently.

## DESCRIPTORS

Violence  
Training  
Health personnel  
Students, health occupations  
Health promotion

## RESUMEN

Estudio de intervención no controlado cuyo objetivo fue comparar la efectividad de dos cursos electivos sobre *Prevención y Tratamiento de la Violencia de Personas Vulnerables* para estudiantes y profesionales del área de la salud. Los participantes respondieron a preguntas de opción múltiple sobre el tema antes y después del curso. Los análisis estadísticos se realizaron por comparación de dos proporciones en el programa STATA/IC. El índice general de éxito *antes* y *después* en los cursos de 10 horas fue de 54,8% y de 58,4% respectivamente y en los cursos de 30 horas fue de 69,6% y 79,2%. Se concluye que el curso más efectivo fue el de 30 horas, con estrategias de discusión de casos y visitas a los servicios de atención a las víctimas. Se constató la necesidad de incluir el curso en los programas del área de la Salud.

## DESCRIPTORIOS

Violencia  
Capacitación  
Personal de salud  
Estudiantes del área de la salud  
Promoción da la salud

<sup>1</sup> Enfermeira pela Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. stephaniepee@hotmail.com

<sup>2</sup> Professor Titular da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência é considerada um grave problema de saúde pública, tendo em vista os diversos determinantes que a envolvem. Entende-se que o sofrimento decorrente da situação de violência e de vulnerabilidade faz com que esses pacientes percam sua identidade social. Estudo mostra que a falta de preparo dos profissionais e de resolutividade dos serviços de saúde também são consideradas formas de violência<sup>(1)</sup>. Sendo assim, um atendimento não humanizado reafirma essa perda de identidade e pode acarretar em falta de reconhecimento da cidadania. É importante ressaltar a necessidade de banir dos serviços de Saúde a reprodução da violência já vivida pelos usuários.

Considerando a relevância do assunto violência no mundo e no Brasil, percebe-se a necessidade de criar políticas públicas efetivas, capazes de nortear os serviços de saúde, além de diretrizes curriculares que proporcionem a inclusão do tema de maneira efetiva na estrutura curricular dos cursos da área da saúde<sup>(2-3)</sup>.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência foi aprovada em forma de anexo à Portaria 737/GM em maio de 2001<sup>(4)</sup>. Essa política estabelece responsabilidades e diretrizes institucionais que contemplam ações para a promoção da saúde e a prevenção da violência. Propõe a articulação de diferentes segmentos sociais, cada um desempenhando papel específico, com estratégias para a melhor adequação das ações pertinentes a assistência, recuperação e reabilitação das vítimas. Além disso, ainda há muito a ser feito em relação aos recursos humanos, tanto na questão numérica, quanto na capacitação. É de responsabilidade das universidades formar profissionais capazes de atender situações de emergência e vítimas de violência, assim como desenvolver medidas preventivas.

Visando integrar a questão da violência e a formação de profissionais para atuar no campo, em 2004 foi aprovada a Portaria nº 936<sup>(5)</sup>, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, assim como a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. O artigo 2º define departamentos e órgãos que irão constituir-los, dentre eles, as instituições acadêmicas.

Na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Núcleo de Prevenção à Violência (NUPREVI), ligado à Pró-reitoria de Extensão, tem por objetivos capacitar e sensibilizar profissionais de saúde para identificar e atender adequadamente às vítimas de violência intrafamiliar e sexual, além de formar parcerias com os serviços de saúde municipais e estaduais. Os profissionais do NUPREVI criaram uma disciplina eletiva para suprir o déficit de conhecimento sobre o tema nos cursos de graduação da UNIFESP.

Esta pesquisa tem como objetivo comparar a efetividade de dois cursos eletivos sobre prevenção e atendimento

às pessoas em situação de violência, além de verificar o perfil sociodemográfico dos participantes dos dois cursos, sua percepção sobre violência contra pessoas e analisar seu preparo para identificar e atender vítimas de violência.

## MÉTODO

Estudo de intervenção não controlado, que envolve a manipulação do fator de exposição (intervenção), ou seja, provoca uma modificação intencional em algum aspecto do indivíduo ou da comunidade. Um estudo de intervenção não controlado é também chamado de *antes e depois*, em que a comunidade é avaliada antes e após a intervenção<sup>(6)</sup>. No caso deste estudo, o fator de exposição é o conhecimento oferecido na disciplina eletiva.

A pesquisa foi realizada durante dois cursos eletivos sobre prevenção e atendimento às pessoas vulneráveis à violência na Universidade Federal de São Paulo, nos períodos de agosto a outubro de 2011 (30h) e de maio de 2012 (10h).

O primeiro curso contou com inscritos do segundo e terceiro ano dos cursos de Enfermagem e Medicina. Teve carga horária de 30 horas, sendo 22 horas teóricas. Utilizou-se a estratégia de discussão de casos e nas oito horas restantes foram visitados serviços da Unifesp e de outras instituições que atendem vítimas de violência. No segundo curso, com carga horária de 10 horas, inscreveram-se estudantes de primeiro e segundo anos do curso de Medicina; primeiro, segundo e terceiro anos do curso de Enfermagem; primeiro e terceiro anos do curso de Psicologia, além de assistentes sociais, psicólogos e biólogo. Este curso contou apenas com aulas teóricas. Participaram da pesquisa 50 indivíduos, sendo 25 no primeiro e 25 no segundo curso.

A partir dos objetivos propostos, as variáveis sociodemográficas do estudo foram: sexo, idade, crença religiosa e formação acadêmica; e sobre o conhecimento da violência contra mulheres, crianças, idosos e homossexuais; da epidemiologia da violência; da violência psicológica e do trauma pós-violência.

Para a coleta de dados, utilizaram-se questionários divididos em duas partes: a primeira com variáveis sociodemográficas e a segunda com onze questões de múltipla escolha para avaliar o conhecimento oferecido/adquirido no curso. Estes questionários foram respondidos antes do início da disciplina e no último dia do curso. As questões de múltipla escolha continham cinco alternativas a serem assinaladas e questionavam diferentes aspectos da violência (Tabelas 1, 2 e 3).

Foram excluídos questionários respondidos de forma incompleta. O segundo questionário não foi entregue para aqueles alunos que não responderam o primeiro, ou porque não estavam presentes no primeiro dia do curso ou porque chegaram após o tempo reservado para responder o questionário.

Com o propósito de simplificar o entendimento, o questionário respondido antes do curso denominou-se *Antes* e o respondido após o término do curso *Depois*. Assim como o curso com carga horária de 30 horas: *Curso 30h* e aquele com carga horária de dez horas: *Curso 10h*.

As análises estatísticas foram realizadas por comparação de duas proporções pelo Programa STATA/IC versão 11.2, atingindo um nível de confiança de 95%<sup>(7)</sup>.

Esse estudo faz parte de outro multiprofissional: *Prevenção e assistência às vítimas de violência sexual e doméstica*, desenvolvido pelo NUPREVI - Núcleo de Prevenção e Assistência às pessoas em Situação de Violência, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o número 1320/09.

Os respondentes, não identificados, foram devidamente esclarecidos sobre os detalhes da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Observa-se a seguir o perfil sociodemográfico dos participantes dos dois cursos eletivos sobre prevenção e atendimento às vítimas de violência. Tanto no curso com carga horária de 30 horas quanto no de 10 horas, a maior parte dos participantes foi do sexo feminino (80%). A faixa etária predominante situou-se entre os 17 e os 25 anos, que representaram 76% do total de inscritos do curso de 10h e 100% do curso de 30h. O percentual de crenças religiosas variou nos dois cursos, sendo que no de 30h predominou o catolicismo (48%) e no de 10h houve distribuição similar entre as religiões: católica, evangélica, espírita e outras. Quanto à formação acadêmica, em ambos os cursos houve predominância de graduandos do curso de Medicina, seguidos dos da Enfermagem.

**Tabela 1** - Análise estatística da frequência de acertos nas questões do curso com carga horária de 10 horas quanto ao *Antes* e *Depois* - São Paulo, SP, 2012

Questões	Acertos antes	Acertos depois	p
<b>Q1 – Pergunta se os participantes sentem-se preparados para identificar e atender vítimas de violência</b>	<b>8%</b>	<b>76%</b>	<b>0,0000</b>
Q2 - Aborda a magnitude de óbitos por causas externas no Brasil e em São Paulo	44%	24%	0,1355
Q3 - Questiona fatores predisponentes da violência	60%	56%	0,7745
Q4 - Aborda o atendimento imediato à vítima de violência sexual	52%	64%	0,3900
<b>Q5 – Questiona dos documentos necessários para se realizar o aborto legal</b>	<b>12%</b>	<b>72%</b>	<b>0,0000</b>
<b>Q6 - Questiona riscos posteriores ao abuso sexual</b>	<b>24%</b>	<b>72%</b>	<b>0,0007</b>
Q7 - Pergunta o foco da abordagem em crianças vítimas de violência doméstica	72%	72%	0,9999
Q8 - Aborda indicadores físicos de violência contra idosos	84%	96%	0,1573
Q9 - Aborda o comportamento, na vida adulta, de homossexuais masculinos vítimas de violência sexual no passado	52%	84%	0,0153
Q10 - Questiona características da violência psicológica	80%	92%	0,2214
Q11 - Aborda a violência no contexto da saúde mental	68%	64%	0,7653
<b>Índice Total</b>	<b>54,80%</b>	<b>69,6</b>	<b>0,2868</b>

Fonte: Programa STATA/IC versão 11.2

**Tabela 2** - Análise estatística da frequência de acertos nas questões do curso com carga horária de 30 horas quanto ao *Antes* e *Depois* - São Paulo, SP, 2012

Questões	Acertos antes	Acertos depois	p
<b>Q1 – Pergunta se os participantes sentem-se preparados para identificar e atender vítimas de violência</b>	<b>8%</b>	<b>68%</b>	<b>0,0000</b>
Q2 - Aborda a magnitude de óbitos por causas externas no Brasil e em São Paulo	16%	36%	0,1069
Q3 - Questiona fatores predisponentes da violência	84%	60%	0,0588
<b>Q4 - Aborda o atendimento imediato à vítima de violência sexual</b>	<b>40%</b>	<b>100%</b>	<b>0,0000</b>
<b>Q5 – Questiona dos documentos necessários para se realizar o aborto legal</b>	<b>0%</b>	<b>76%</b>	<b>0,0000</b>
Q6 - Questiona riscos posteriores ao abuso sexual	32%	64%	0,0235
Q7 - Pergunta o foco da abordagem em crianças vítimas de violência doméstica	72%	80%	0,5078
Q8 - Aborda indicadores físicos de violência contra idosos	84%	100%	0,0371
Q9 - Aborda o comportamento, na vida adulta, de homossexuais masculinos vítimas de violência sexual no passado	80%	84%	0,7128
Q10 - Questiona características da violência psicológica	96%	100%	0,3124
Q11 - Aborda a violência no contexto da saúde mental	80%	92%	0,2214
<b>Índice Total</b>	<b>58,40%</b>	<b>79,20%</b>	<b>0,1100</b>

Fonte: Programa STATA/IC versão 11.2

Em relação à percepção dos participantes para identificar e atender pessoas em situação de violência notou-se que *Antes* dos dois cursos, 8% (2) dos participantes referiram que se sentiam preparados para identificar e atender vítimas de violência ( $p=0,0000$ ). Mesmo com menor carga horária; o *Depois* do Curso 10h mostrou que 19 (76%) acreditavam estar aptos para identificar e atender vítimas de violência, contra 17 (68%) do Curso 30h ( $p=0,0000$ ). No entanto, percebe-se uma diferença entre essa percepção e o índice de acertos dos participantes dos dois cursos: após o término da disciplina, verificou-se que o Curso 30h teve um índice de acerto maior (79,2%) que o Curso 10h (69,6%) mesmo que essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Na questão quatro, observou-se que não houve relevância estatística no Curso 10h. Todavia, no Curso 30h o *Antes* foi de 40% e o *Depois* de 100% de acertos ( $p=0,0000$ ) sobre o *atendimento imediato às pacientes vítimas de violência sexual*, em que o inapropriado era o encaminhamento da paciente à polícia para o registro da ocorrência e exame de IML, e só, posteriormente, ocorreria o atendimento médico.

Analisando a questão cinco, sobre *documentos necessários para a realização do aborto legal em gestantes vítimas de violência sexual*, observou-se que nenhum dos participantes *Antes* contra 10 (76%) do *Depois* do Curso 30h, afirmaram que o exigido para a realização do aborto legal seria a solicitação da paciente e o prontuário completo com consentimento informado ( $p=0,0000$ ). Já no Curso 10h, 3 (12%) e 18 (72%) no *Antes* e no *Depois*, respectivamente, compartilhavam da mesma opinião ( $p=0,0000$ ).

Quanto à questão seis sobre *riscos de engravidar, de adquirir doenças e sequelas que uma vítima de estupro é suscetível* tem-se como resposta correta que a gravidez indesejada não ocorre em mais de 50% das vezes. Constatou-se que no Curso 30h e no Curso 10h, respectivamente, 8 (32%) e 6 (24%) no *Antes* contra 16 (64%) e 18 (72%) no *Depois* acertaram, havendo diferença estatisticamente significativa apenas no Curso 10h ( $p=0,0007$ ).

Em ambos os cursos os participantes não apresentaram diferenças estatisticamente significantes no total de suas respostas *Antes*, sendo que no Curso 10h acertaram 54,8% e no Curso 30h 58,4% das questões.

**Tabela 3** - Análise estatística da frequência de acertos das questões respondidas *Depois* nos cursos com carga horária de 10h e 30h - São Paulo, 2012

Questões	Acertos antes	Acertos depois	p
Q1 - Pergunta se os participantes sentem-se preparados para identificar e atender vítimas de violência	76%	68%	0,5287
Q2 - Aborda a magnitude de óbitos por causas externas no Brasil e em São Paulo	24%	36%	0,3545
Q3 - Questiona fatores predisponentes da violência	56%	60%	0,7745
<b>Q4 - Aborda o atendimento imediato à vítima de violência sexual</b>	<b>64%</b>	<b>100%</b>	<b>0,0009</b>
Q5 - Questiona dos documentos necessários para se realizar o aborto legal	72%	76%	0,7471
Q6 - Questiona riscos posteriores ao abuso sexual	72%	64%	0,5443
Q7 - Pergunta o foco da abordagem em crianças vítimas de violência doméstica	72%	80%	0,5078
Q8 - Aborda indicadores físicos de violência contra idosos	96%	100%	0,3124
Q9 - Aborda o comportamento, na vida adulta, de homossexuais masculinos vítimas de violência sexual no passado	84%	84%	0,9999
Q10 - Questiona características da violência psicológica	92%	100%	0,1489
Q11 - Aborda a violência no contexto da saúde mental	64%	92%	0,0169
<b>Índice Total</b>	<b>69,6</b>	<b>79,2%</b>	<b>0,4469</b>

Fonte: Programa STATA/IC versão 11.2

Verificou-se que a diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0009$ ) ocorreu na questão sobre qual deveria ser o primeiro encaminhamento da vítima de violência sexual no questionário *Depois*, em que o Curso 30 horas acertou 100% e o Curso 10h 64%.

## DISCUSSÃO

A avaliação dos cursos é uma estratégia importante para verificar o aprendizado de seus participantes, além de justificar sua necessidade. Esta pesquisa permitiu realizar uma comparação entre a percepção dos alunos e a efetividade de dois cursos eletivos de capacitação sobre a prevenção da violência com cargas horárias diferentes. Observou-se que o perfil sociodemográfico dos participantes

era muito similar: maioria do sexo feminino, católica, entre 17 e 25 anos e graduandos de medicina e enfermagem.

Ao analisar o conhecimento prévio dos participantes por meio dos questionários preenchidos, chama atenção o despreparo dos futuros e atuais profissionais da saúde para identificar e atender vítimas de violência. Pode-se associar tal fato ao atual currículo do ensino superior em que a questão da violência muitas vezes passa despercebida pelos graduandos. A falta de abordagem durante a formação do profissional acaba gerando insegurança para identificar e tomar decisões na assistência às vítimas de violência, o que foi demonstrado pelo presente estudo. A dificuldade reside no fato da formação acadêmica atual ser estritamente biomédica, ignorando fatores biopsicossociais, e dos currículos das

faculdades ainda não abordarem a violência de uma forma multidisciplinar<sup>(8)</sup>.

Compartilhando a mesma opinião, um estudo realizado em uma unidade básica de saúde demonstrou que a maior parte dos profissionais não foi apresentada a temática durante a graduação ou foi abordada apenas de maneira expositiva, visto que a formação acadêmica priorizava as intervenções técnicas e de caráter curativo, no qual o tema violência foi deixado de lado<sup>(9)</sup>.

Neste estudo constatou-se que houve um grande índice de erros do questionário respondido antes da disciplina: 45,2% do *Curso 10h* e 41,6% do *Curso 30h*, sendo que a maioria das questões contemplava o aspecto social da violência, assim como condutas que deveriam ser tomadas frente às vítimas. Infere-se que as universidades estão formando profissionais pouco sensibilizados para a temática, que priorizam o aspecto jurídico ao assistencial, fato percebido neste estudo. A maioria dos participantes *Antes*, 60% do *Curso 30h* e 48% do *Curso 10h*, acreditava erroneamente que *o primeiro atendimento a uma vítima de violência sexual seria o seu encaminhamento a uma delegacia para realização do boletim de ocorrência e somente após teria o atendimento médico*. Houve uma melhora significativa nesse quadro no *Curso 30h*, visto que *Depois* ( $p=0,0009$ ) todos os alunos acertaram a questão.

É de responsabilidade do profissional da saúde acolher as vítimas de violência com o objetivo de evitar sequelas e minimizar o trauma, colaborando assim no processo de quebra do ciclo de violência. Em contrapartida, a falta de preparo dos profissionais pode ser conivente para a reincidência e o agravamento dos casos<sup>(8,10)</sup>.

É importante destacar que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, bondade, favor ou mesmo com pronto-atendimento<sup>(11)</sup>. É no contínuo da interação entre os usuários e os serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta. Camargo Júnior e colaboradores<sup>(12)</sup> acreditam no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços. Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas. Assim, é estabelecida uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e usuários. O acolhimento, como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Como organização de serviços, o acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. Segundo alguns estudiosos o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários<sup>(13)</sup>. Entende-se como se colocar no lugar do outro, no caso, das vítimas de violência.

Apesar da análise estatística não ter apresentado significância em relação ao índice geral de acertos entre o *Antes* e o *Depois*, foi observado que os participantes demonstraram mais segurança para atuar na prevenção e assistência às vítimas de violência após assistir todas as aulas do curso (de 8% em ambos os cursos para 76% no *Curso 10h* e 68% no *Curso 30h*).

A insegurança vivenciada pelo profissional frente à vítima de violência decorria de campos de estágio limitados, que dificultava a aproximação da prática. Além disso, a falta de suporte acadêmico deixava-os despreparados para dar assistência e acabavam por basear suas condutas em uma bagagem de vida. Os graduandos alegavam que as universidades não tinham espaço para discutir a violência de forma política e filosófica, caracterizando a dicotomia entre teoria e prática<sup>(10)</sup>.

Quanto ao questionamento da realização do aborto legal em gestantes vítimas de violência sexual, verificou-se que houve melhoria significativa do índice de acertos em ambos os cursos, visto que antes de participarem da disciplina, apenas 12% dos estudantes do *Curso 10h* e nenhum do *Curso 30h* tinha conhecimento adequado. Já após a disciplina, 72% dos participantes do *Curso 10h* e 76% do *Curso 30h* acertaram a questão *que para a realização da interrupção da gravidez seriam necessários: a solicitação da paciente e o prontuário completo com consentimento informado*. A falta de conhecimento dos direitos da mulher pode acarretar atraso no procedimento, além de agravar os danos emocionais para a vítima.

O Código Penal brasileiro, a partir de 1990, deixou de considerar como crime o aborto em caso de violência sexual e o Estado passou a oferecer o serviço de aborto legal em hospitais credenciados. Apesar da lei vigente, existe rejeição quanto à realização do aborto pela população e por profissionais da saúde, fundamentados em preceitos religiosos e morais. No ano de 2004, a Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde propôs que houvesse uma atualização da Norma Técnica a respeito, em que seria necessária apresentação do Boletim de Ocorrência para realização do aborto, o que não foi aprovado, visto que a mulher não é obrigada a realizar registro da ocorrência. Hoje, faz-se apenas necessário o seu consentimento<sup>(14)</sup>.

Comparando as duas disciplinas eletivas, observamos que inicialmente os participantes compartilhavam de níveis de conhecimento similares, evidenciado pelo índice de acertos no *Antes*, 54,8% e 58,4% do *Curso 10h* e do *Curso 30h* respectivamente. Após a disciplina, percebeu-se um aumento desse índice, que se diferenciou em 9,6% a mais no *Curso 30h*. Além disso, comparando o *Antes* e o *Depois* dos participantes dos dois cursos notaram-se diferenças estatisticamente significativas em apenas alguns assuntos: fatores predisponentes à violência; violência sexual; contra homossexuais e sua interface com a saúde mental. Essas diferenças

correspondem ao fato de que o *Curso 30h* dispunha de maior tempo para discutir os casos, além das visitas realizadas aos centros de atendimento, abrangendo serviços especializados em psiquiatria (PROVE) e violência sexual (Casa Domingos Delascio, Casa Beth Lobo e Casa Eliane de Grammont).

## CONCLUSÃO

Ao comparar dois cursos eletivos sobre prevenção e atendimento às vítimas de violência para estudantes e profissionais da área da saúde, esta pesquisa mostrou a maior efetividade do curso mais longo, devido às estratégias de ensino fundamentadas em discussão de casos e contato com serviços de atendimento às vítimas.

## REFERÊNCIAS

1. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc.* 2011;20(1):113-23.
2. Brasil. Ministério da Educação; Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1133, de 7 agosto de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [Internet]. Brasília; 2001[citado 2013 jul. 15]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/Sesu/diretriz.shtm#legislação>
3. Berger SMD. Violência entre parceiros íntimos: desafios no ensino e atenção em saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(4):526-34.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 maio 2001. Seção 1E.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 936/GM, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 maio, 2004. Seção 1, p. 52.
6. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Ronir RL, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
7. Stata Corp. *Data Analysis and Statistical Software*. Release 11. College Station, TX: StataCorp LP; 2009.
8. Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violence against women: visibility of the problem according to the health team. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2008 [cited 2013 May 15];42(3):467-73. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en\\_v42n3a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a07.pdf)
9. Oliveira CC, Almeida MAS, Morita I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(3):412-20.
10. Souza ER, Ribeiro AP, Penna LHG, Ferreira AL, Santos NC, Tavares CMM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(5):1709-19.
11. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro RE, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2003. p. 49-61.
12. Camargo Junior KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB, et al. Avaliação da atenção básica pela ótica politico-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad Saúde Pública.* 2008;24 Supl 1:S58-68.
13. Merhy EE, Campos GWS, Cecílio LCO, organizadores. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
14. Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(2):471-5.