UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA CYNTIA PAULIN BARALDI

O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto – SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo

Ribeirão Preto – SP
2009

ANA CYNTIA PAULIN BARALDI

O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto – SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública

Área de concentração:Enfermagem em Saúde Pública
Inserida na linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Maria de Almeida

Ribeirão Preto –SP
2009

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Baraldi, Ana Cyntia Paulin
O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto – SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo.

121p.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profª Drª Ana Maria de Almeida

1. Violência contra a mulher. 2. Serviços de saúde. 3. Enfermagem. 4.Medicina.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Cyntia Paulin Baraldi

O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades distritais básicas de saúde de Ribeirão Preto – SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:_____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Dedicatória

Ao meu marido, **Bruno Ramalho de Carvalho**, com quem compartilho sonhos e projetos de uma vida inteira. Seu amor me faz forte diante dos obstáculos e a admiração que vejo em seus olhos me ajuda a buscar sempre o melhor.

Àquela que enche minha vida de alegria e cuja presença clareia meu mundo: minha filhinha, **Ana Clara Paulin Ramalho.** Você me faz querer ser uma pessoa melhor a cada dia.

A minha mãe, **Mirian Paulin**, mulher forte, guerreira e amiga, cujo amor me transformou no que sou; por uma vida inteira de devoção e cumplicidade e por me apoiar em todos os momentos de minha vida!

Ao meu irmão e primeiro amigo, **Fábio Augusto Paulin Baraldi**, pela amizade de uma vida inteira, e por me ensinar as primeiras lições de cumplicidade, cuidado e proteção.

As minhas mães, pais e irmãos de coração**: Suely Maria Paulin**, **Mary Paulino**, **Aline Paulin Casarini**, e **Emir Paulin**, por fazerem parte da minha vida de maneira tão intensa e por acreditarem em mim sempre.

A todas as mulheres covardemente violentadas por seus companheiros, e a todas aquelas que transformaram sua dor em luta por um mundo mais justo para os nossos filhos.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que contribuíram para que esse projeto fosse concluído com êxito, em especial:

À Profª Drª Ana Maria de Almeida, pela orientação deste trabalho e por acompanhar meu crescimento pessoal e profissional nesses anos todos de amizade. Sua competência e sabedoria são onde me espelho em meu trajeto profissional.

À Profª Draª Elisabeth Meloni Vieira, coordenadora do projeto que deu origem a esta dissertação, pela disponibilização do banco de dados deste estudo. Agradeço pela confiança depositada em mim e pelas valiosas sugestões durante todo o desenvolvimento deste trabalho.

À Profª Drª Gleici de Castro Perdoná, pelas sugestões no exame de qualificação e pela colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

À minha tia Maria Ângela Baraldi, pela revisão ortográfica, pelas contribuições dadas a esta dissertação e pelo carinho e apoio de sempre.

Às amigas que vivenciaram todas as dificuldades do mestrado a meu lado, me apoiando sempre: Patrícia Abraão Curvo, Aline Cristiane Cavicchioli Okido, Daniela Taysa Rodrigues, Daniela Daltoso, Juliana Cristina dos Santos Monteiro e Raquel Bosquim Zavanella Vivancos.

À Drª Miyeko Hayashida, exemplo de sabedoria e amizade, pelo ombro amigo, em todos os momentos de angústia na profissão, e pelo carinho com que sempre me acolheu.

À Profª Drª Maria Cândida de Carvalho Furtado, pela amizade e companheirismo nesses anos todos e pelo exemplo de força e perseverança.

À Profª Drª Marislei Sanches Panobianco, com quem convivi intensamente durante minhas atividades profissionais na EERP, por sempre me acolher de forma carinhosa e por entender minhas impaciências e meu cansaço. E também por comemorar comigo todos os bons momentos durante este trajeto.

Às professoras do DEMISP, pela compreensão nos momentos em que precisei dedicar meu tempo à elaboração desta dissertação.

Aos médicos e enfermeiros que doaram seu tempo participando voluntariamente deste estudo.

Às pesquisadoras que coletaram os dados, com competência e responsabilidade.

À FAPESP, pelo auxílio financeiro.

"Mas há a vida
que é para ser
intensamente vivida,
há o amor.
Que tem que ser vivido
até a última gota.
Sem nenhum medo.
Não mata."

Clarice Lispector

RESUMO

BARALDI, A. C. P. O Conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher nas unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto – São Paulo. 2009. 121p. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2009.

A violência contra a mulher é um problema de grande prevalência no Brasil e no mundo, sendo responsável por alto índice de morbimortalidade feminina e gerando sérias conseqüências para a sociedade. Médicos e enfermeiros, por serem os primeiros contatos dessas mulheres nos serviços de saúde, ocupam um lugar privilegiado na detecção da violência de gênero e devem possuir conhecimentos suficientes para o atendimento adequado das vítimas. O objetivo deste trabalho foi identificar e comparar o conhecimento, a percepção e a atitude de médicos e enfermeiros que atuam na rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, acerca da violência de gênero. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, comparativo, do tipo survey, realizado nas unidades distritais básicas de saúde (UBDS) do município. Foram incluídos todos os profissionais que atendem nas cinco UBDS de Ribeirão Preto, totalizando 170 médicos e 51 enfermeiros. O questionário utilizado abordava o conhecimento, o manejo dos casos e atitudes dos profissionais frente à violência de gênero, sendo aplicado por pesquisadoras treinadas. Os dados foram processados e analisados, utilizando o pacote estatístico STATA 9.0, sendo realizada distribuição simples de freqüência, Teste Qui Quadrado (X^2) ou Teste exato de Fisher, para verificar associação entre as variáveis. Os resultados mostraram que um percentual significativamente maior de médicos foi capacitado para o atendimento da violência de gênero durante a graduação ($p = 0,013$), enquanto mais enfermeiros foram treinados nos serviços de saúde ($p = 0,000$). Os médicos mostraram-se mais à vontade do que os enfermeiros em discutir assuntos como a vida sexual da cliente ($p = 0,048$) e o uso de drogas ilícitas pela mesma ($p = 0,01$). Ambos tendem a infantilizar a vítima, referiram se sentir à vontade em inquirir a paciente sobre situações violentas, e concordaram que a violência pode ser causada por fatores externos, como abuso de álcool, drogas e desemprego, e por problemas psicológicos do agressor. Médicos (85,3%) e enfermeiros (78%) demonstraram alto conhecimento sobre a definição de violência, têm consciência de que investigá-la é seu papel profissional e sabem reconhecer seus sinais e sintomas. No entanto, demonstraram muito baixo conhecimento sobre sua epidemiologia, sendo o conhecimento dos enfermeiros nesse quesito menor do que o dos médicos ($p = 0,035$). Um percentual significativamente maior de enfermeiros obteve boa pontuação sobre as condutas que facilitam a revelação da violência ($p = 0,041$). Ambos demonstraram alto conhecimento do manejo dos casos confirmados de violência de gênero, e bom conhecimento dos casos em que há suspeita da mesma; um percentual significativamente maior de médicos apresentou baixo conhecimento nesses últimos ($p = 0,038$). Os enfermeiros acertaram mais questões relacionadas à tomada de condutas administrativas e de integração com outros serviços do que os médicos. Portanto, o estudo demonstrou que os profissionais possuem boa formação acadêmica, bom conhecimento sobre definição, diagnóstico e manejo da violência de gênero, desconhecendo sua epidemiologia. Foram encontradas diferenças significativas na formação, no conhecimento e percepção dos profissionais, em relação à violência de gênero, sendo recomendado individualizar as intervenções de acordo com as peculiaridades de cada categoria profissional.

Palavras-chave: violência contra a mulher; serviços de saúde; enfermagem; medicina.

ABSTRACT

BARALDI, A.C.P. The knowledge of nurses and physicians from primary health care of Ribeirão Preto- São Paulo, concerning violence against women. 121 p. Master´s Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto-SP, 2009.

Violence against women is a very prevalent problem in Brazil and in the whole world, and responds to an increase in morbidity and mortality of female population, carrying out serious problems for society. Physicians and nurses, who firstly make contact to the victim, are in a front position to detect the violence against women; therefore, they should have enough knowledge and skills to provide them an adequate assistance. This study aimed to assess and to compare knowledge, perception and attitude of physicians and nurses from primary health care of Ribeirão Preto, São Paulo, concerning with violence against women. A survey quantitative, cross-sectional, comparative study was carried out in five basic units of district health. The sample consisted of 170 physicians and 51 nurses. The instrument used for data collection was applied by previously trained interviewers. Data were processed and analysed in Statistical Package for the STATA 9.0. The analysis involved simple frequency distribution, the Chi-Square Test (X^2) or Fisher´s Exact Test to check the association between variables. It was observed that the percentage of physicians who received orientation about the problem of domestic violence during graduation was significantly higher than the observed for nurses (p=0,013); however, training at workplace was markedly more frequent than the observed for physicians (p=0,000). Doctors presented less discomfort than nurses to inquire the patient about her sexual life (p=0,048), and the use of illicit drugs (p=0,01). Both tend to play the same role in spousal assault as in child abuse; they feel comfortable on asking the patient about violence situations and both believed that alcohol or drug abuse, unemployment and husband´s psychological problems are causes of wife battering., Physicians (85,3%) and nurses (78%) demonstrated high knowledge concerning the definition of violence; they perceived their role in its investigation and both know to recognize the signs and symptoms of the problem. However, they demonstrated very low knowledge about the epidemiology of violence, and nurses seemed to know less than physicians in this item (p=0,035). A significant higher percentage of nurses obtained good scores concerning the conduct that helps the disclosure of the violence (p=0,041). Both groups demonstrated high knowledge in the management of confirmed cases of violence, and demonstrated good knowledge in the cases that violence is not confirmed. A significant higher percentage of physicians demonstrated low knowledge for suspection of violence cases (p=0,038). Nurses obtained higher scores than physicians on questions about administrative conducts and those that depend on the integration with other services. Therefore, this study demonstrated that professionals have good knowledge about definition, diagnosis and management of gender violence, but they unknown its epidemiology. We found significant differences on training skills, on knowledge and perception of health professionals concerning gender violence and recommend individualized actions to improve assistance.

Key words: violence against women; health services; nursing; medicine.

RESUMEN

El conocimiento de los profesionales médicos y enfermeros sobre la violencia contra la mujer en las unidades básicas de los distritos de salud de la ciudad de Ribeirão Preto – São Paulo. 2009. 121 p. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

La violencia contra la mujer es un problema de gran incidencia en el Brasil y en el mundo, siendo el responsable por el elevado índice de mortalidad femenina causando serias consecuencias para la sociedad. Médicos y enfermeros, que son los primeros contactos de esas mujeres en los servicios de salud, ocupan un lugar privilegiado en la detección de la violencia de género y deben detener conocimientos suficientes para el atendimiento adecuado de las víctimas. El objetivo de este trabajo fue identificar y comparar el conocimiento, la percepción y la actitud de médicos y enfermeros que trabajan en la red básica de salud de Ribeirão Preto, acerca de la violencia de género. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, comparativo, del tipo *survey*, realizado en las unidades básicas de los distritos de salud (UBDS) del municipio. Se incluyeron todos los profesionales que atiende en las cinco UBDS de Ribeirão Preto, en un total de 170 médicos y 51 enfermeros. El cuestionario utilizado dirigía el conocimiento, el manejo de los casos y actitudes de los profesionales ante a la violencia de género, siendo utilizado por investigadoras capacitados. Los datos fueran procesados y analizados, utilizando la pacota estadística STATA 9.0, utilizando la distribución simples de frecuencia. Prueba Qui Cuadrado (X^2) o prueba exacto de Fisher, para analizar asociación entre las variables. Los resultados muestran que una porcentaje significativa mayor de médicos fue capacitada para el atendimiento de la violencia de género durante la graduación ($p = 0,013$), en cuanto más enfermeros fueran trenados en los servicios de salud ($p = 0,000$). Los médicos han demostrado mayor disposición que los enfermeros en discutir asuntos como la vida sexual de las clientes ($p = 0,048$) y el uso de drogas ilegales por ella misma ($p = 0,010$). Ambos tienden a infantilizar la víctima, referirán se sentir confortables en cuestionar la paciente sobre situaciones violentas, y han concordado que la violencia pode ser causada por factores externos, como excesivo consumo de alcohol, drogas y desempleo, y por problemas psicológico del agresor. Médicos (85,3%) y enfermeros (78%) han demostrado gran conocimiento sobre la definición de violencia, tienen conciencia de que la investigar es su papel profesional y saben reconocer sus signos y síntomas. Sin embargo, han demostrado poco conocimiento acerca de su epidemiología, siendo el conocimiento de los enfermeros en ese artículo más bajo do que de los médicos ($p = 0,035$). Un porcentaje mayor de enfermeros obtuvo buena puntuación sobre las conductas que facilitan la revelación de la violencia ($p = 0,041$). Ambos han demostrado alto conocimiento del manejo de los casos confirmados de violencia de género, y buen conocimiento de los casos donde hay sospechas de la misma. Un porcentaje mayor de médicos presentó bajo conocimiento en eses últimos ($p = 0,038$). Los enfermeros han acertado más cuestiones relacionadas a conductas administrativas y de integración con otros servicios do que los médicos. Por tanto, el estudio ha demostrado que los profesionales poseen buena formación académica, buen conocimiento sobre la definición, diagnostico y manejo de la violencia de género, desconociendo su epidemiología. Fueran encontradas diferencias significativas en la formación, en el conocimiento e en la percepción de los profesionales, en relación a la violencia de género, siendo recomendado a individualizar las intervenciones según cada categoría profesional.

Palabra chavo: violencia contra la mujer; servicios de salud; enfermería; medicina

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Organograma das unidades de saúde de Ribeirão Preto – SP **40**

Figura 02- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto– SP, segundo faixa etária **51**

Figura 03- Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo estado marital..... **52**

Figura 04- Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto- SP, segundo formação acadêmica **53**

Figura 05- Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo tempo de formação **54**

Figura 06. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto, segundo a crença de que a mulher violentada leva vantagem nessa relação **59**

Figura 07- Distribuição médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo sinais e sintomas de violência de gênero **68**

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo formação acadêmica e capacitação em violência de gênero **56**

Tabela 02- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo sentimentos dos profissionais, ao inquirir a paciente sobre temas diversos..... **58**

Tabela 03- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo sentimentos dos profissionais, ao inquirir a paciente sobre temas diversos **61**

Tabela 04- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento sobre a definição de violência de gênero **64**

Tabela 05- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo escore obtido nas questões sobre definição de violência de gênero..... **65**

Tabela 06- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento acerca da epidemiologia da violência de gênero..... **66**

Tabela 07- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo escore obtido nas questões sobre epidemiologia da violência de gênero **67**

Tabela 08- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento acerca da revelação da violência de gênero **70**

Tabela 09- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo escore obtido nas questões sobre conhecimento da revelação da violência de gênero pela vítima **71**

Tabela 10- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento acerca do manejo da violência de gênero **73**

Tabela 11- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo escore obtido nas questões relacionadas ao conhecimento sobre o manejo dos casos de violência de gênero **74**

Tabela 12- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento sobre o manejo de violência de gênero, quando há indício da mesma **76**

Tabela 13- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo escore obtido nas questões relacionadas ao conhecimento profissional sobre o manejo dos casos de indício de violência de gênero..... **78**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO 17

1.1. A evolução das políticas públicas e conquistas no combate à violência contra a mulher nos cenários nacional e internacional 18

1.2. Violência de gênero 24

1.3. Dimensão epidemiológica da violência de gênero e seu impacto na vida das mulheres e no setor saúde 26

1.4. A invisibilidade da violência nos serviços de saúde 31

1.5. Papel de enfermeiros e médicos no atendimento às vítimas de violência doméstica 33

2. OBJETIVOS 37

2.1. Objetivo geral 37

2.2. Objetivos específicos 37

3. MATERIAIS E MÉTODOS 39

3.1. Tipo de Estudo 39

3.2. Local do Estudo 39

3.3. População do Estudo 40

3.4. Realização das entrevistas 41

3.4.1. Instrumento de Coleta de Dados 41

3.5. Variáveis do estudo 42

3.5.1. Variáveis dependentes 43

3.5.2. Variáveis independentes 48

3.6. Associação entre as variáveis 48

3.7. Análise dos dados 49

3.8. Aspectos Éticos 49

4. RESULTADOS 51

4.1. Caracterização da amostra 51

4.2. Capacitação dos enfermeiros e médicos em violência de gênero 54

4.3. Percepção dos enfermeiros e médicos acerca do fenômeno da violência de gênero 57

4.4. Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero: conhecimento I 63

4.5. Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero : conhecimento II 69

4.6. Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero: conhecimento III 71

5. DISCUSSÃO 80
5.1. Capacitação dos enfermeiros e médicos em violência de gênero..... 81
5.2. Percepção dos enfermeiros e médicos acerca do fenômeno da violência de gênero..... 83
5.3. Conhecimento I: Conceitos de violência, sua epidemiologia e identificação 89
5.4. Conhecimento II: revelação da violência de gênero..... 91
5.5. Conhecimento III: manejo dos casos de violência de gênero..... 92

6. CONCLUSÃO..... 96

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES DESSE ESTUDO 99

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 102

ANEXOS 113

APÊNDICE 120

APRESENTAÇÃO

Meu interesse em estudar e pesquisar temas relacionados à área da saúde da mulher surgiu ainda na graduação, durante as aulas e os estágios curriculares.

Desenvolvi projetos de iniciação científica e monografia do curso de especialização em enfermagem obstétrica e neonatológica, abordando principalmente o ciclo gravídico-puerperal (BARALDI et al., 2007a, 2007b). Contudo, foi na pós-graduação, durante o curso de Mestrado, que tive maior contato com temas relacionados às políticas públicas em saúde da mulher e sua inserção social, às questões de gênero, e, finalmente, ao tema da violência contra a mulher.

Mais especificamente, minha inserção no Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde, em 2007, e o fato de minha orientadora ser uma das pesquisadoras de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Saúde e Gênero, envolvendo docentes da Escola de Enfermagem (EERP-USP), Faculdade de Medicina (FMRP-USP) e de Psicologia (FFCLRP-RP) sobre o tema foram decisivos para a construção deste trabalho.

Assim, esta dissertação de Mestrado foi construída como subprojeto de um projeto maior, intitulado: *A interface entre a ocorrência e o atendimento de violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços de saúde da rede pública de Ribeirão Preto*, financiado pela FAPESP - Processo 2006/61922-9 - e coordenado pela Profa Dra Elisabeth Meloni Vieira. O projeto visa diagnosticar a situação da violência de gênero no Município e subsidiar o surgimento de ações para sua prevenção e manejo.

Estudar violência de gênero foi um grande aprendizado, não apenas profissional, mas também pessoal. É um tema multifacetado, instigante, complexo, e que está presente no cotidiano de toda a sociedade, seja de forma direta ou indireta. Apresento a seguir o resultado final desse processo de amadurecimento e crescimento que ocorreu durante o curso de Mestrado.

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

O estudo da violência vem crescendo no meio acadêmico nacional e internacional, porque afeta diretamente a vida da população e indiretamente os indicadores econômicos e sociais dos países.

O conceito de violência é social está intimamente relacionado à forma como as sociedades se organizam, seus princípios, valores, e o que definem como sendo certo ou errado. Ao longo da história do Brasil – e dos demais países da América Latina – a desigualdade e a discriminação refletidas em leis e práticas configuraram uma percepção social e uma expressão legal limitada e parcial da violência, da qual têm sido excluídos, com maior ou menor intensidade, as mulheres, os negros, os homossexuais, os povos indígenas e os pobres em geral (PITANGUY, 2003). Particularmente em relação à violência contra a mulher no Brasil, é necessário conhecer a maneira pela qual estão construídas as relações de gênero em nossa sociedade, para compreender as nuances dessas relações violentas.

Tema recorrente nas escrituras sagradas dos mais diferentes povos, nas mitologias (principalmente greco-romana), na literatura universal das grandes tragédias e comédias, nos grandes romances e poemas, à mulher sempre se atribuiu um papel: de anjo ou demônio, de causa de ascensão ou de queda do companheiro homem. A humanidade se desenvolveu, no decorrer dos séculos, alimentando a dicotomia homem/mulher, ora aliados, ora adversários, mas sempre com poderes e direitos diferentes.

Assim, o gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres, dependendo da cultura de cada sociedade e de seu momento histórico. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989).

Por causa dessa dicotomia milenar, quando pensamos em violência de gênero, devemos ter presente a ideia de um contínuo, cujo fio condutor é a desvalorização cultural do feminino. A naturalização da desigualdade é o instrumento principal para sua aceitação social e sua incorporação em leis, práticas e comportamentos que se estendem a diversos campos, inclusive ao âmbito da saúde (PITANGUY, 2003).

No Brasil, as questões relacionadas ao gênero perpassam toda a problemática da violência contra a mulher e estiveram presentes durante toda a evolução dos conceitos, cuidados e políticas voltadas para a saúde das mulheres. A seguir, uma breve descrição da evolução dessas políticas e conquistas das mulheres.

1.1. A evolução das políticas públicas e conquistas no combate à violência contra a mulher nos cenários nacional e internacional

As discussões oficiais envolvendo a atenção à saúde da mulher e, particularmente, à questão da violência de gênero, ocuparam espaço nas agendas políticas em âmbito nacional e internacional recentemente.

No plano internacional, o Brasil é signatário de diversos documentos com propostas de resolução para os problemas relacionados à violência contra as mulheres, entre eles, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). A Convenção (BRASIL, 2004c, p.107) traz o conceito de discriminação contra a mulher como sendo:

> [...] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo, exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

A CEDAW também estabelece medidas para combater a discriminação contra a mulher, o que inclui a violência de gênero, por meio de políticas compensatórias capazes de incentivar a inserção e inclusão social de grupos historicamente vulneráveis (PIOVESAN, 2005).

A Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, avançou significativamente no reconhecimento da violência doméstica como uma violação dos direitos humanos. Em seu parágrafo 18, afirma que os direitos humanos das mulheres e das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais (ONU, 1993). Neste cenário, as mulheres devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. Ao lado do direito à igualdade, surge, também, como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o direito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial (PIOVESAN, 2005).

Apesar da evolução no reconhecimento dos diretos das mulheres nos eventos supracitados, é na Conferência sobre População e Desenvolvimento (CNPD), realizada no Cairo, em 1994, que surge internacionalmente o conceito de direitos reprodutivos e seu reconhecimento como direitos humanos, embora o Brasil tenha antecipado tal conceito no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) 10 anos antes.

O documento do Cairo destaca como direitos humanos básicos o direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e o direito de ter acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerção ou violência (FNUAP, 2004). Reconhece o exercício da sexualidade como independente da reprodução e o direito de reprodução do indivíduo e não apenas de casais. Ainda, recomenda à comunidade internacional uma série de objetivos e metas, tais como: investimento em educação, em particular das meninas; igualdade entre os sexos; redução da mortalidade neonatal, infantil e materna e acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, em particular de planejamento familiar e de saúde sexual (FNUAP, 2004).

Vale ressaltar que a Conferência do Cairo foi um marco na evolução das questões de gênero e teve participação ativa dos movimentos feministas e de organizações não governamentais (ONGs) em defesa dos direitos das mulheres (BRASIL, 2004c).

Ainda na década de 90, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995), em Beijing (Pequim), reforça as perspectivas da CIPD do Cairo e adota uma nova concepção que combina a importância de garantir os direitos de autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres e promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de emprego, saúde, educação e respeito ao meio ambiente (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Destaca-se como objetivo geral da plataforma de Pequim o compromisso dos Estados de prevenir, investigar e castigar atos de violência cometidos contra as mulheres.

O desafio que se colocou para todos os países signatários dos planos de ação do Cairo e de Beijing, em particular o Brasil, diz respeito à capacidade de tais compromissos influenciarem a legislação e promoverem a geração de políticas públicas que possam fortalecer os direitos de cidadania no que se refere à saúde, à reprodução e à sexualidade (BARSTED, 2003).

No plano regional, a maior conquista na América Latina e Caribe foi a adoção pela Organização dos Estados da América (OEA) da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, realizada em

1994 e ratificada pelo Brasil em 1995 (CARRERA; PANDJIARJIAN, 2003). A Convenção (OEA, 1994) estabelece que o direito de toda mulher de viver livre de violência abrange o direito de ser livre de toda forma de discriminação; reconhece que a violência contra a mulher impede ou anula o exercício dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, e recomenda que os Estados membros adotem políticas orientadas a prevenir, punir e erradicá-la. Representou avanço significativo como instrumento de direitos humanos que, ao ser ratificado pelos países membros da OEA, passou a ter força de lei (PITANGUY, 2003).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004b).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas foram vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam as mulheres, as quais tinham acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de suas vidas. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (BRASIL, 2004b).

Com base nas reivindicações dos movimentos feministas e embalado pelas ideias da reforma sanitária que ganhava espaço no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1984 o Programa Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”. Esse conceito implica o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da Medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução (OSIS, 1998).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004b).

O PAISM leva em conta a relevância do tema da violência e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público (MINAYO, 2007). Sua

implantação efetiva em todo o território nacional não aconteceu até os dias atuais, mas representou uma grande conquista dos movimentos feministas.

Outra importante conquista das mulheres na década de 80 foi a criação das Delegacias de Polícia especializadas em atender as mulheres em situação de violência doméstica e sexual (DEAM). A implantação das DEAM significou o reconhecimento, por parte do Estado, de que a violência contra as mulheres não é uma questão a ser abordada como um problema da esfera privada ou das relações interpessoais, mas é um problema social que exige, para o seu enfrentamento, ações públicas no âmbito da segurança, do direito e também da saúde, pelas sequelas que produz (VILLELA; LAGO, 2007).

A criação das DEAM reflete a dinâmica dos movimentos das mulheres, no sentido de redefinir os conceitos de crime e castigo, de qualificar criminalmente e penalizar os espancamentos, as agressões, as torturas e as tentativas de assassinato que ocorriam no espaço do "lar", que frequentemente não eram percebidas como forma de violência e, em geral, não eram tratadas pelas instâncias competentes como delitos (PITANGUY, 2003). A Constituição Federal também recebeu influência desse movimento, atribuindo ao Estado, no parágrafo 8º do artigo 226, a responsabilidade de coibir a violência no âmbito das relações intrafamiliares (BRASIL, 1988).

Apesar desses avanços no Poder Legislativo, parte da legislação infraconstitucional brasileira, em especial dispositivos dos Códigos Civil (1917) e Penal (1940), do início do século XX, reproduz estereótipos, preconceitos e discriminações contra as mulheres.

Apenas em 2004 o poder judiciário tipificou a violência doméstica no Código Penal brasileiro e trouxe a definição jurídica do que é crime de violência doméstica, bem como as penas previstas para o agressor (BRASIL, 2004a, p.1):

> § 9. Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade - Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.
>
> § 10. Nos casos previstos nos §§ 1o a 3o deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9o deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço).

Até 2003, quando o novo Código Civil passou a ser utilizado, vigorava no País uma legislação que acolhia ou ignorava a violência de gênero. O antigo Código Civil admitia a anulação do casamento pelo marido, se sua esposa tivesse sido "deflorada" em momento anterior às núpcias; também autorizava o pai a deserdar a filha que vivia em casa paterna, se houvesse "desonestidade" da mesma. Ainda hoje, a frequência com que argumentos

atenuantes são acolhidos em tribunais do júri, aliviando as sentenças de assassinos confessos de suas esposas ou amantes, que recebem penas meramente simbólicas, tem merecido atenção de ativistas de direitos humanos das mulheres (PITANGUY, 2003).

Ainda dentre as conquistas locais, cabe ressaltar a adoção de legislações e políticas específicas sobre violência contra as mulheres, com foco no âmbito doméstico ou intrafamiliar.

Em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lançou o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com um plano de ação para o período de 2004 a 2007 e aprofundou as proposições do PAISM. De acordo com os princípios e diretrizes dessa política e do plano de ação, o Ministério da Saúde estabeleceu como meta aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência nos municípios-polos de microrregiões, apoiando-se na organização de redes integradas, nesse período de quatro anos (MINAYO, 2007).

Ainda em 2004, a Portaria GM/MS 2.406 disseminou a notificação compulsória da violência contra a mulher, de acordo com a lei n.10.778/2003 (BRASIL, 2003), que estabelece essa forma de registro. A lei torna a notificação compulsória obrigatória em todos os atendimentos realizados à mulher vítima de violência em todo o território nacional, seja em estabelecimentos públicos ou privados de atendimento à saúde.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou várias normas técnicas, como as que tratam do atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual; sobre a anticoncepção de emergência nos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes e sobre a atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez prevista em lei (PITANGUY, 2003). Tais instrumentos estão disponíveis gratuitamente no site do Ministério da Saúde a todos os cidadãos interessados em aprimorar seus conhecimentos sobre o tema.

Mais recentemente, em 2006, lançou a "matriz pedagógica", para formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, pela qual propõe promover, por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio ao desenvolvimento de habilidades que tenham por fim garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada. Define rede de serviços para o enfrentamento da violência de gênero como sendo (BRASIL, 2006b, p. 21):

> [...] a atuação articulada entre instituições e serviços governamentais e organizações e grupos da sociedade civil visando à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento de casos existentes nas comunidades e ao desenvolvimento de estratégias de prevenção.

Segundo Kiss, Schraiber e D´Oliveira (2007, p.468), por rede intersetorial pode-se também entender a "articulação objetiva das ações interinstitucionais e a interação entre seus agentes, além da presença de canais definidos de comunicação entre os serviços que a compõe".

Assim, as propostas governamentais atuais no combate à violência contra a mulher contam com a adequação e integração dos serviços de saúde, delegacias de polícia, instituto médico-legal (IML), serviços de saúde mental e todas as instâncias envolvidas na prevenção, diagnóstico e encaminhamento dos casos de violência.

O grande avanço no combate à violência contra a mulher, entretanto, ocorreu com a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei n. 11.340/06 – A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a). Sancionada pelo Presidente da República, no dia 07 de agosto de 2006, recebeu esse nome em homenagem à cearense Maria da Penha, que protagonizou um caso simbólico de violência doméstica e familiar contra a mulher; sofreu duas tentativas de homicídio pelo marido, as quais resultaram em lesões irreversíveis à sua saúde, como paraplegia e outras sequelas. A ela deve-se a promulgação dessa lei.

A Lei Maria da Penha tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos. Altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham sua prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê ainda inéditas medidas de proteção para a mulher que corre risco de vida, como afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos.

Ainda não se conhece a reação da sociedade em relação a esse dispositivo legal, que oferece penas mais duras ao agressor e maior proteção judicial e policial às mulheres em situação de violência. Sua aplicação tem sido feita de modo lento e desigual no País e o aumento ou a diminuição das denúncias pode ter diferentes leituras (CONGRESSO..., 2008). Em um Estado onde as denúncias diminuíram, por exemplo, isso pode ser um reflexo tanto da redução da violência, quanto do aumento do medo das mulheres em fazer as denúncias, uma vez que muitas não querem ver seus parceiros presos e agora não podem mais retirar as queixas em casos de agressões físicas; da mesma maneira, um aumento de queixas pode

significar que o movimento de mulheres está mais atuante naquele local, ou que a lei já foi plenamente implantada ali. E não necessariamente que o número de casos aumentou.

Após a contextualização da violência de gênero frente ao cenário político nacional e internacional, passaremos às definições de violência.

1.2. Violência de gênero

O fenômeno da violência esteve presente durante todas as épocas da humanidade e foi necessário para a sobrevivência dos povos. Segundo Medeiros (2005), seu espaço de surgimento e desenvolvimento é a vida em sociedade, passando a ser um comportamento aprendido e internalizado culturalmente.

O Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde define, pela primeira vez, a violência como:

> [...] o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade. (OMS, 2002, p.5)

A violência contra a mulher é referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar, na metade do século XX, vinte anos depois passou a ser chamada de violência contra a mulher. Nos anos 80, foi denominada violência doméstica e, na década de 90, os estudos passaram a tratar essas relações de poder em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero (BRASIL, 2006b).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher define tal violência como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada” (OEA, 1994, p.2). Essa forma de violência pode ocorrer no âmbito familiar ou em qualquer outra relação interpessoal, incluindo, entre outras formas, o estupro, os maus-tratos, o abuso sexual e, ainda, “pode ser perpetrada ou tolerada pelo Estado e seus agentes, onde quer que ocorra” (OEA, 1994, p.3), devendo, portanto, ser objeto de estudos e proposições afirmativas para sua erradicação.

Dessa forma, violência de gênero não se restringe somente à violência física contra mulheres. A mesma convenção traz ainda, em seu artigo 2º (OEA, 1994, p.3):

> Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:
>
> a) que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
>
> b) que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e
>
> c) que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Utilizaremos nessa dissertação os termos *violência de gênero, violência doméstica* e *violência contra a mulher* como sinônimos, concordando com Ellsberg (2006), que traz em seu artigo os termos *violência doméstica* e *violência por parceiro íntimo,* também significando a mesma coisa: representam qualquer agressão, seja ela de qualquer natureza, cometida contra a mulher, tendo o parceiro íntimo como perpetrador.

Ainda em relação aos conceitos de violência, adotaremos aqueles utilizados pela legislação brasileira, conforme se segue (BRASIL, 2006a):

Violência física - qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher;

Violência psicológica - qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima da mulher 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;

Violência sexual - 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;

Violência patrimonial - 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;

Violência moral - qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Apesar da divisão conceitual, essas violências aparecem frequentemente juntas e/ou como consequência umas das outras. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual (SCHRAIBER et al., 2007; BRASIL, 2005b). Partindo deste princípio, a prevenção de uma leva pode levar à prevenção das outras.

A violência contra mulheres, em maioria, se exprime na esfera privada. Por exemplo, manifesta-se no seio da família com a violação incestuosa, com as mutilações genitais, com o infanticídio, com a preferência pelo filho homem, com os casamentos forçados. Dentro do casamento, se expressa na relação por meio do estupro conjugal, pelas pancadas, pelo controle psicológico, pelo crime de honra ou, às vezes, pelo assassinato da esposa (BRASIL, 2005b).

No domínio público, a violência se manifesta pelo assédio sexual e moral no trabalho, pelas agressões sexuais, pelo estupro coletivo, pelo tráfico sexual, pelo uso da mulher na pornografia, pela escravidão e pelas esterilizações forçadas, dentre outras. Todas essas expressões são, frequentemente, toleradas, silenciadas, desculpadas pela dependência das mulheres em relação aos homens ou por explicações psicologizantes inaceitáveis, as quais defendem que os homens são incapazes de controlar seus instintos, os estupradores são doentes mentais ou que as mulheres gostam de homens agressivos (BRASIL, 2005b).

Assim, podemos perceber que a violência contra a mulher está presente no individual e no coletivo, no privado e no público, no dia-a-dia de milhões de mulheres que sofrem, muitas vezes caladas, suas conseqüências. A seguir, discorrerei sobre a dimensão epidemiológica da violência de gênero e seu impacto na vida das mulheres e no setor saúde.

1.3. Dimensão epidemiológica da violência de gênero e seu impacto na vida das mulheres e no setor saúde

A violência de gênero acontece em todos os grupos sócio-econômicos. Em sua grande maioria é praticada por parte de homens conhecidos das vítimas, muitas vezes é multifacetada e tende a piorar com o tempo (HEISE; PITANGUY, GERMAIN, 1994).

Em geral, a violência doméstica contra a mulher envolve episódios repetitivos e que vão se agravando em freqüência e intensidade no decorrer do tempo (CAVALCANTI; GOMES, MINAYO, 2006). O abuso por parte do marido ou companheiro é a forma mais comum de violência contra a mulher (SILVA, 2003; CARREIRA; PADJIARJIAN, 2003).

Não se conhece com precisão a prevalência dessa violência, porque os casos de abuso são subnotificados. Isso se deve ao fato de a mulher se envergonhar do acontecimento, pelo medo de represálias do companheiro ou da família ou ainda por falta de apoio do sistema jurídico (MONTEIRO et al., 2006). Estudo realizado em uma unidade de pronto-atendimento em Terezina- Piauí encontrou índice de subnotificação em relação ao agressor de 80% (MONTEIRO et al., 2006).

O dossiê "Violência contra a mulher" (REDE-SAÚDE, 2001) traz que a maioria das mulheres em situação de violência não procura ajuda de autoridades, mas algum tipo de apoio junto à família, amigos ou silencia. Além do medo de represálias já citado, o dossiê acrescenta entre as razões desse silêncio a preocupação com os filhos, a dependência econômica das mulheres em relação ao parceiro, o sentimento de afetividade pelo agressor e a esperança de que a violência venha a ter um fim.

O fato de as mortes provocadas por violência serem classificadas como "causas externas" na Classificação Internacional de Doenças (CID) também dificulta o dimensionamento das mesmas, uma vez que aparecem mescladas a todos os outros tipos de violências.

Os estudos epidemiológicos sobre violência de gênero demonstram a gravidade do problema. Em revisão da literatura, Giffin (1994) encontrou que, embora baseados em definições variadas do fenômeno estudado, 35 estudos de 24 países revelaram que entre 20% (Colômbia) e 75% (Índia) das mulheres já foram vítimas de violência física ou sexual pelos parceiros. Em estudos com amostras nacionais dos Estados Unidos e Canadá, 28% e 25% das mulheres respectivamente reportam que foram vítimas desse tipo de violência (GIFFIN, 1994).

Estudo de Heise (1994) traz um panorama internacional da prevalência de abuso contra a mulher em 22 países. Observa-se grande variação na prevalência de violência de gênero entre os países, como se segue: índice de 30% de mulheres que sofreram agressão física na vida adulta em Barbados, 46% em Uganda, 60% na Tanzânia, Srilanka, Equador e Chile, 37.5% na Korea, 75% na Índia, 49% na Guatemala, 57% no México, 28% nos Estados Unidos e 29% no Canadá.

Dados do Banco Mundial (BID) mostram que a violência doméstica incide sobre 25% a 50% das mulheres na América Latina, com custos da ordem de 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB), o que significa U$168 bilhões (CARREIRA; PADJIARJIAN, 2003). No Brasil, estima-se que a cada 15 segundos uma mulher é agredida, normalmente em seu lar, por uma pessoa com quem mantém relação afetiva; 70% dos crimes contra a mulher acontecem em casa e a violência doméstica custa ao País cerca de 10,5% de seu PIB (CARREIRA; PADJIARJIAN, 2003).

Visando conhecer a prevalência das diferentes formas de violência contra a mulher e fatores associados a ela, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conduziu um estudo multicêntrico em 10 países, com mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos (Brasil, Peru, Bangladesh, Japão, Tailândia, Samoa, Namíbia, Etiópia, Sérvia e Tanzânia) (ELLSBERG et al., 2008). No Brasil, a pesquisa foi realizada no município de São Paulo - SP e na Zona da Mata Pernambucana entre 2000 e 2001. Segundo o estudo, sofreram violência psicológica ao menos uma vez na vida, respectivamente, 41,8% e 48,9% das entrevistadas; violência física, 27,2 e 33,7%; e violência sexual, 10,1% e 14,3% (SCHRAIBER et al., 2007). A maior prevalência da violência em área rural poderia ser explicada pelo fato de as relações de gênero serem mais distantes do patriarcado tradicional nas cidades e pelo maior número de serviços de suporte nas mesmas.

Pesquisa de base populacional realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2001, com 2.502 mulheres, em 187 Municípios de 24 Estados das cinco macrorregiões brasileiras, apontou que uma em cada cinco mulheres brasileiras (19%) declarou que sofreu violência por parte de algum homem, e um terço das mulheres (33%) admite já ter sido vítima de violência em algum momento de sua vida. O marido ou parceiro foi o agressor freqüentemente apontado numa variação de 53% e 70% das ocorrências em qualquer modalidade de violência pesquisada, excetuando-se o assédio (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

Na cidade de Salvador - Bahia, Brasil, estudo realizado em um serviço de urgência com 926 mulheres encontrou que 46% delas referiram sofrer ou já ter sofrido algum tipo de violência na vida, sendo 36,5% de violência física e 18,6% de violência sexual (SILVA, 2003).

O índice de violência contra a mulher também foi levantado nas capitais do Brasil e Distrito Federal, sendo maior nas capitais das regiões Norte e Nordeste e intermediário nas regiões Sul e Sudeste. A cidade de Manaus obteve o maior índice de violência física (32,2%), e João Pessoa o menor (11.2%), seguido de Florianópolis (14%), Campo Grande (14,6%) e

Curitiba (15%). Segundo a pesquisa, o índice de violência na cidade de São Paulo foi 17% (REICHENHEIM et al., 2006).

Ainda na cidade de São Paulo, Schraiber et al. (2003) entrevistaram 322 usuárias de um serviço de atenção primária à saúde e encontraram prevalência de violência física, psicológica ou sexual na ordem de 69,9%. Estudo realizado com 143 usuárias de outra unidade básica de saúde da mesma cidade encontrou percentuais diferentes de mulheres em situação de violência: 44,4% das usuárias relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta e 11,5% relataram pelo menos um episódio de violência sexual (SCHRAIBER et al., 2002). A prevalência de violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo encontrada em 19 serviços de saúde também na cidade de São Paulo em outra pesquisa com 3.193 usuárias nos anos de 2000 e 2001 foi de 45,3% (SCHRAIBER et al., 2007).

Os estudos de Schraiber et al (2002, 2003, 2007) e Reichenheim et al (2006) encontraram índices diferentes de prevalência de violência contra a mulher na cidade de São Paulo, possivelmente por utilizarem instrumentos distintos para coleta de dados.

Em Ribeirão Preto, cidade onde este estudo foi desenvolvido, Marinheiro, Vieira e Souza (2006) encontraram prevalência de 41,5% para violência psicológica, 26,4% para violência física e 9,8% para violência sexual entre usuárias de uma unidade distrital básica distrital de saúde (UBDS); a violência geral ocorreu em 45,3% das mulheres, semelhante aos índices da capital paulista.

O alto índice de violência de gênero encontrado nos estudos epidemiológicos causa impactos profundos no setor saúde. Apesar de nem sempre deixar lesões visíveis, a violência sempre tem consequências negativas, mesmo após o seu término. Os efeitos da violência podem se manifestar como baixo nível de saúde, qualidade de vida ruim e alto custo para os serviços de saúde (CAMPBELL, 2002).

A violência intrafamiliar representa quase um ano perdido de vida saudável a cada cinco mulheres entre 15 a 44 anos e ocupa peso similar à tuberculose, ao HIV, aos diversos tipos de câncer e às enfermidades cardiovasculares (BRASIL, 2005a). Além disso, mulheres que sofrem violência geram custos 2,5 vezes maiores ao sistema de saúde do que aquelas não vitimizadas (HEISE, 1994).

Em estudo realizado na Austrália, os autores encontraram que a violência cometida por parceiro íntimo resulta em maior número de doenças e mortes prematuras ao longo da vida reprodutiva da mulher do que qualquer outro fator de risco, incluindo hipertensão arterial, obesidade e tabagismo (GARCIA-MORENO et al., 2005). A violência por parceiro

íntimo também é uma importante causa de morte, contabilizando de 40 a 60% dos homicídios de mulheres em muitos países, e responsável por grande parte das mortes maternas na Índia, Bangladesh e Estados Unidos (GARCIA-MORENO et al., 2005).

Estudo da OMS realizado em 10 países encontrou associação entre o tempo de exposição à violência por parceiro íntimo e os seguintes problemas de saúde: dificuldades na marcha, dificuldades nas atividades diárias, dores, falhas na memória, desmaios e distúrbios vaginais. Também houve associação entre a ocorrência de pelo menos um episódio violento na vida das mulheres e estresse emocional, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio (ELLSBERG et al., 2008).

A violência contra as mulheres também representa um poderoso obstáculo a atingir as metas da agenda internacional. Violência durante a gestação, por exemplo, prejudica a meta "Maternidade Segura" para todas as mulheres; aumenta a mortalidade materna; aumenta a infecção e disseminação de DSTs/AIDS; causa aumento do abuso de álcool e drogas, principalmente na adolescência, e também eleva os índices de gravidez precoce (HEISE, 1994).

Dentre as principais consequências físicas da violência podem ser citados abortos, cefaléias crônicas, dores abdominais, dores musculares, lesões permanentes, problemas ginecológicos, distúrbios de sono, artrite, hipertensão arterial, doenças cardíacas e morte (GIFFIN, 1994; HEISE, 1994; HEISE; PITANGUY; GERMAIN, 1994; CAMPBELL, 2002; ELLSBERG, 2006). Como agravos à saúde mental, destacam-se ansiedade generalizada, abuso de álcool e drogas, depressão, tentativas de suicídio e transtorno de estresse pós-traumático (KOSS, 1990; CAMPBELL, 2002).

A violência, por toda a argumentação apresentada, não é um objeto próprio do setor saúde, mas se torna um tema desse campo, segundo Minayo (2000), em dois sentidos: (a) pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas, pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médicos e hospitalares; (b) em segundo lugar, pelo conceito de saúde ampliada; reconhecendo-a como resultante das condições de vida, a violência é um problema da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra.

A maioria das mulheres não procura delegacias de polícia ou faz denúncia nos casos de violência; o serviço de saúde é a única instituição pública capaz de interagir com todas as mulheres no decorrer de sua vida, e por isso é um local privilegiado de identificação e referencia de vítimas de violência (HEISE, 1994).

Contudo, apesar do grave impacto da violência à saúde física e mental de mulheres, e da existência de inúmera bibliografia e normas técnicas disponíveis aos profissionais de saúde, ainda há resistência e necessidade de maior preparo das diversas categorias profissionais para abordar situações de violência de gênero e para lidar com as pessoas vitimizadas, no âmbito do sistema de saúde (BRASIL, 2006b). Dessa maneira, o diagnóstico e manejo dos casos de violência doméstica contra a mulher esbarram na invisibilidade sofrida pela mesma nos serviços de saúde, como descrito a seguir.

1.4. A invisibilidade da violência nos serviços de saúde

Ainda que frequente, a violência de gênero sofre uma invisibilidade de origem social. Observa-se que, de maneira geral, a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos serviços de saúde ou contabilizada nos diagnósticos realizados, sendo caracterizada como um problema de extrema dificuldade para ser abordado (SUGG, 1992). Observa-se também que, frente a situações clínicas que se mostram relacionadas à violência, a conduta dos profissionais de saúde ou é a do não acolhimento das necessidades, ou a do encaminhamento aos especialistas em saúde mental, o que nem sempre resulta em resposta adequada à demanda das mulheres. O que se pode depreender desse tipo de atendimento é uma atenção à saúde recortada nos aspectos de acometimento físico-biológico, estando longe de contemplar a integralidade de atenção à saúde, que envolve outras dimensões, tais como: social, cultural, jurídica e psicológica (SCHRAIBER; D´OLIVEIRA, 2002).

Em estudo randomizado, Thompson et al. (2000) encontraram que, apesar da violência doméstica afetar aproximadamente 16% dos casais americanos ao ano, apenas de 7 a 25% dela são identificados nos serviços de saúde, e a intervenção é inadequada em 60 a 90% dos casos. Pesquisa realizada em um serviço de urgência em Terezina – Piauí - mostrou um índice de 80% de subnotificação nos atendimentos de violência e 83% dos atendimentos dos profissionais de saúde se limitaram à resolução da queixa física da mulher (MONTEIRO et al., 2006).

No município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, onde se deu o presente estudo, existem poucas pesquisas relacionadas à violência de gênero. Os estudos de Marinheiro, Vieira e Souza (2006) e de Santos (2003) foram realizados em uma UBDS do Município, para encontrar a prevalência de casos de violência contra a mulher na população atendida, e a combinação de seus resultados demonstra a invisibilidade da violência por parte dos profissionais de saúde: Santos (2003) analisou os prontuários médicos de uma UBDS e

encontrou registro de ocorrência de violência em 3,3% dos prontuários analisados, enquanto o estudo de Marinheiro, Vieira e Souza (2006), que entrevistou em domicílio uma amostra randomizada da população pertencente à área de cobertura da mesma UBDS, encontrou índice de violência geral – que incluía violência física, psicológica e sexual - de 45,3%, demonstrando que a mesma não é reconhecida durante os atendimentos na maior parte das vezes.

Outro estudo realizado em Ribeirão Preto avaliou a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde do Município acerca da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo (FERRANTE, 2008). O mesmo traz que, ainda que os profissionais sejam capazes de identificar uma mulher em situação de violência por meio das marcas físicas, somatizações e outros sintomas associados ao evento, e conheçam alguns procedimentos para encaminhamento desses casos, muitas vezes não dão andamento aos mesmos e, consequentemente, acabam ignorando-os, mesmo os percebendo. Dentre os motivos para o não encaminhamento dos casos encontram-se principalmente o medo de o agressor reagir contra o profissional e o sentimento de impotência diante da atitude que a mulher possa vir a tomar.

Vários fatores têm sido identificados como barreiras para o reconhecimento da violência de gênero pelos profissionais de saúde, tais como a ausência de treinamento para identificar as mulheres em situação de violência, falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança dos profissionais de saúde e pouco suporte para as vítimas (SUGG, 1992; MONTEIRO et al., 2006). Destaca-se ainda nessa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência entre parceiros íntimos é um problema privado, só podendo ser resolvido pelos envolvidos (SISLEY et al., 1999), e muitos profissionais tendem a compreender a violência doméstica como problemática que diz respeito à esfera da segurança pública e da justiça (SUGG, 1992; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006). Segundo Marinheiro, Vieira e Souza (2006), também contribui para a não detecção do problema da violência doméstica a formação acadêmica que os profissionais da saúde recebem nas universidades, que não os prepara para esse tipo de situação.

Além disso, a reprodução cultural de estereótipos solidifica percepções sexistas e reducionistas contra as mulheres; os profissionais de saúde frequentemente cultivam os mesmos estigmas da população em geral, o que pode ser um sério obstáculo a prestar uma assistência adequada à vítima (ELLSBERG, 2006). É comum encontrarmos profissionais de saúde que acreditam que qualquer mulher saudável pode resistir à violência se realmente quiser, que a vítima é de alguma forma culpada pelo ato violento, ou que a mulher leva algum

tipo de vantagem nessa relação; em relação ao perpetrador, sempre é justificado como sendo alcoólatra, com problemas sexuais ou insano (ACOSTA, 2002; CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

Em geral, os profissionais de saúde ficam relutantes em perguntar às mulheres sobre experiências violentas, por medo de ofendê-las ou de abrir a "caixa de Pandora" e não possuir recursos, habilidades e tempo disponível para lidar com tal situação (ELLSBERG, 2006). Infelizmente, as mulheres em situação de violência raramente falam de seu problema espontaneamente; porém, estudos demonstram que se a mulher for inquirida sobre violência doméstica em um ambiente privativo, de maneira empática e livre de julgamentos, ela responde com sinceridade e abre oportunidades para discutir a situação (ELLSBERG, 2006; ROMITO; GERIN, 2002).

Como qualquer outro agravo à saúde, o desconhecimento da violência de gênero impede a adoção de medidas preventivas, contribuindo para a sua perpetuação na sociedade. Para que o diagnóstico da violência se torne adequado, é necessário que os profissionais de saúde que atuam na linha de frente saibam identificar os casos, tomar condutas adequadas em relação ao seu manejo e agir de forma integrada com outros setores sociais para contribuir com a sua prevenção.

1.5. Papel de enfermeiros e médicos no atendimento às vítimas de violência doméstica

Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência com atendimento qualificado é uma das prioridades do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2008). Para tanto, é necessário voltar a atenção para os sujeitos desse atendimento.

Conforme já dito anteriormente, os enfermeiros e médicos ocupam um papel de destaque no atendimento às vítimas de violência, por serem os primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde, e geralmente possuírem uma relação de longa duração com as mesmas. Contudo, a literatura tem demonstrado a carência de educação formal e treinamentos dos profissionais acerca do tema (HAMBERGER, 2008; AKSAN; AKSU, 2007; AGOFF, 2006; HERRERA; PARK et. al., 2005; BESSETE; PETERSON, 2005; GOFF et al., 2003; CORBALLY, 2001; DAVIS; HARSH, 2001; WAALEN et al., 2000).

Estudos científicos recentes demonstram que o conhecimento do fenômeno da violência por parte do profissional de saúde melhora todas as instâncias do atendimento à vítima, desde o reconhecimento da ocorrência de violência até o diagnóstico, manejo e

encaminhamento dos casos (BRYANT; SPENCER, 2002; FREEDBERG, 2008; HÄGGBLOM; HALLBERG, MÖLLER, 2005; REIJNDERS; GIANNAKOPOULOS; DE BRUIN, 2008; GUTMANIS et al., 2007; DAVIS; HARSH, 2001).

Visando conhecer o preparo dos profissionais que atuam no atendimento às vítimas de violência de gênero, vários estudos têm analisado e comparado o conhecimento e atitude dos profissionais médicos e enfermeiros sobre o tema.

Gutmanis et al (2007) compararam o conhecimento e manejo dos casos de violência cometida por parceiro íntimo de 1000 médicos e 1000 enfermeiros em Ontario, no Canadá, e encontraram diferenças significativas entre as classes profissionais. No estudo, os médicos inqueriam mais sobre violência do que os enfermeiros, enfermeiros possuíam menos conhecimento sobre o tema do que os médicos, e até mesmo entre os enfermeiros havia diferenças entre os que trabalhavam na área de saúde pública e os que trabalhavam em outras áreas, com melhor capacidade de diagnóstico dos primeiros.

Bryant e Spencer (2002), em estudo randomizado, também encontraram que as enfermeiras especialistas nas áreas de saúde da mulher e obstetrícia/ginecologia identificaram as vítimas de violência doméstica mais frequentemente do que aquelas com atuação em saúde do adulto e saúde da família nos Estados Unidos, reafirmando que o treinamento na área melhora a assistência à vítima de violência doméstica.

Estudo realizado na Nicarágua também encontrou nível mais alto de conhecimento sobre as normas para atenção em violência de gênero entre os profissionais médicos (RODRIGUEZ-BOLAÑOS; MARQUEZ-SERRANO; KAGEYAMA-ESCOBAR, 2005).

Por outro lado, em Oxfordshire, Cann et al. (2001) concluíram que as enfermeiras, mulheres e profissionais de saúde mental foram as que demonstraram melhor conhecimento e atitudes mais positivas em relação à violência doméstica, quando comparadas a médicos, sexo masculino e profissionais que atuam em outras áreas médicas. Estudo realizado no México não encontrou diferenças entre o atendimento de médicos e enfermeiros, e considerou inadequada a atenção às vítimas de violência doméstica (HERRERA; AGOFF, 2006).

Pelo exposto, fica claro que o diagnóstico preciso das situações de violência, bem como o manejo dos casos e sua prevenção, dependem de profissionais capacitados e serviços estruturados para tal.

Qualquer proposta de intervenção, no sentido de capacitar os profissionais para diagnosticar, acolher e conduzir os casos de violência de gênero com resolutividade, deve ser individualizada de acordo com a realidade que se deseja transformar.

Para tanto, é necessário conhecer as características dos profissionais envolvidos no atendimento às vítimas de violência doméstica, sua capacitação, conceitos pessoais, percepções e nível de conhecimento acerca do tema.

Vieira et al (2009)[1] identificaram o conhecimento e atitude dos médicos e enfermeiros que atendem nas UBDS de Ribeirão Preto - SP acerca da violência de gênero, e encontraram que os mesmos possuem bom conhecimento sobre a definição de violência contra a mulher, mas desconhecem aspectos importantes de sua epidemiologia. Demonstraram ainda atitudes favoráveis e bom potencial para o manejo dos casos, se receberem treinamento.

Baseado nos dados acima, este estudo se propôs a realizar um diagnóstico e uma análise comparativa do conhecimento de cada categoria profissional – médicos e enfermeiros - que trabalham na atenção primária à saúde no município em questão, acerca do fenômeno da violência contra a mulher.

A partir dessa análise, será possível conhecer suas necessidades de capacitação para melhor acolher os casos de violência contra a mulher e direcionar as ações de prevenção e combate da mesma no sentido de suprir as necessidades encontradas em cada categoria profissional.

[1] Artigo enviado para publicação.

2. Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo geral identificar e comparar o conhecimento, a percepção e a atitude dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto – SP acerca da violência de gênero.

2.2. Objetivos específicos

- Conhecer o perfil dos médicos e enfermeiros que atuam na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP, incluindo sua formação acadêmica e capacitação para lidar com casos de violência de gênero.

- Identificar as percepções dos mesmos, frente à questão específica da violência de gênero: seus conceitos pessoais, sentimentos e crenças a respeito do tema.

- Avaliar o conhecimento dos médicos e enfermeiros da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto em relação à definição, epidemiologia, identificação e manejo dos casos confirmados e suspeitos de violência de gênero.

- Fazer uma análise comparativa entre os conhecimentos dos médicos e enfermeiros entrevistados acerca da violência de gênero, buscando perceber se há diferença entre esses conhecimentos e identificar necessidades de capacitação específicas de cada categoria profissional para melhor acolher os casos de violência de gênero nos serviços de saúde de Ribeirão Preto-SP.

3. Materiais e Métodos

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, comparativo, do tipo survey, em que foram entrevistados médicos e enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde (UBDS) do município de Ribeirão Preto-SP acerca do conhecimento, percepção e atitudes dos mesmos em relação à violência cometida contra as mulheres.

3.2. Local do Estudo

A rede municipal de saúde de Ribeirão Preto é subdividida em cinco distritos de saúde: norte, sul, leste, oeste e central. Os distritos de saúde são regiões que agrupam uma UBDS e várias Unidades Básicas de Saúde (UBS), e visam oferecer à população um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximo de sua residência, bem como melhorar o acesso a algumas especialidades encontradas nas UBDS. Para as UBDS é direcionado o fluxo de clientes encaminhados das respectivas UBS e pronto-atendimento, conforme organograma abaixo (Figura 1).

A coleta de dados se deu nas cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Ribeirão Preto – Unidades Central, Castelo Branco, Quintino Facci II, Vila Virgínia e Centro de Saúde Escola Sumarezinho. A escolha pela realização da coleta de dados nas UBDS se deu pelo maior contingente de profissionais trabalhando neste local e pela possibilidade de a amostra conter indivíduos provenientes de todas as regiões distritais de saúde, garantindo uma amostra com características geográficas, sociais, econômicas e culturais de todo o Município.

O pré-teste foi realizado pela pesquisadora em Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas pelos cinco distritos de saúde, de forma a incluir profissionais que atendem mulheres de todas as regiões do Município. A opção por realizar o pré-teste e a coleta de dados em locais distintos se deu visando evitar o contato prévio do profissional envolvido na pesquisa com o instrumento de coleta de dados, o que poderia comprometer a confiabilidade dos dados.

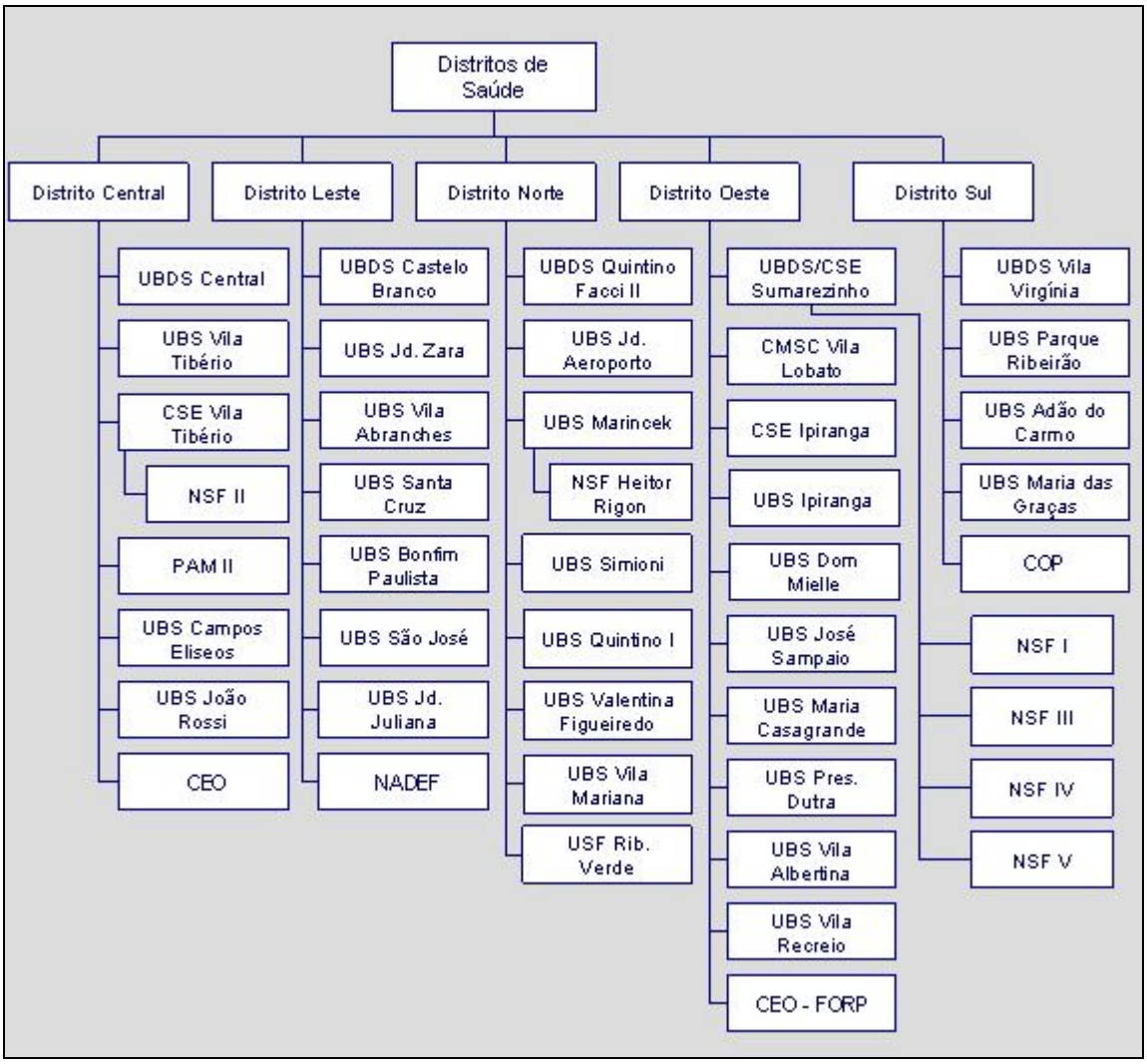

Figura 1. Organograma das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto - SP.
Fonte: http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.asp?pagina=/ssaude/organizacao/I16indice.htm

3.3. População do Estudo

Optou-se pela inclusão do universo total de médicos e enfermeiros que atendem nas cinco UBDS de Ribeirão Preto, nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Dos 278 profissionais de saúde contatados, 42 (15%) se negaram a participar da pesquisa e 15 (5%) não foram encontrados, estavam em férias ou licença. A amostra final foi composta por 170 médicos e 51 enfermeiros, responsáveis pelo pronto-atendimento a urgências e emergências, além do atendimento em clínica médica e ginecologia/obstetrícia das UBDS.

3.4. Realização das entrevistas

A coleta de dados durou dois meses, iniciando em agosto e finalizando em outubro de 2007.

Foram selecionadas e treinadas nove entrevistadoras para a realização da coleta de dados nos meses de julho e agosto de 2007. O treinamento foi realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) pela coordenadora da pesquisa Profª Drª Elisabeth Meloni Vieira e pelas pesquisadoras Profª Drª Ana Maria de Almeida e Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano e com a participação da pesquisadora, e incluiu aspectos relacionados à apresentação pessoal, técnicas de entrevista, compreensão, aplicação e preenchimento do questionário. O estudo também contou com uma assistente de pesquisa, responsável pela supervisão das entrevistadoras em campo.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais, durante o horário de expediente, em sala reservada disponibilizada pelo gerente da Unidade ou no próprio consultório médico, respeitando a privacidade e confidencialidade da pesquisa. Em caso de indisponibilidade dos médicos/enfermeiros, a entrevista era agendada em outro momento, adequando-se à disponibilidade de cada profissional. Aqueles não encontrados e que não estivessem em licença ou no período de férias, eram procurados por mais duas vezes pela entrevistadora.

3.4.1. Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi construído e adaptado tendo como base a literatura revisada e um instrumento utilizado por Vieira e Vicente (2008) em estudo conduzido com médicos residentes e estudantes de Medicina, também de Ribeirão Preto-SP. (ANEXO I)

Para a escala de atitudes, foi realizada a adaptação de um instrumento utilizado na África do Sul por Peltzer, Mashego e Mabeba (2003). Tal instrumento passou por um processo de tradução e adaptação transcultural, que incluiu dois tradutores independentes, *back translation* e três juízes considerados especialistas no assunto (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Questões abordando variáveis sócio-demográficas também foram acrescentadas ao instrumento.

Foi realizado um pré-teste do instrumento pela pesquisadora, durante o mês de julho de 2007, com 13 profissionais de saúde – médicos e enfermeiros - de unidades básicas de

saúde (UBS) do município de Ribeirão Preto, distribuídas pelas cinco distritais de saúde do município. A análise do pré-teste possibilitou que fossem realizadas algumas adequações no mesmo, especialmente no que diz respeito à linguagem utilizada, reformulação de algumas questões e alternativas de resposta.

O questionário foi aplicado face-a-face pelas entrevistadoras e abordou o conhecimento, manejo de caso e atitudes dos profissionais médicos e enfermeiros, em relação à violência de gênero, por meio de questões abertas e fechadas, com tempo médio de aplicação de 40 minutos.

A versão final do instrumento foi composta por 66 questões subdivididas em quatro seções:

I - Informações gerais dos participantes: 12 questões relativas às características sociais, demográficas e acadêmicas que permitiram conhecer o perfil dos participantes;

II - Dados relativos à formação dos profissionais: 05 questões que tratam da capacitação dos profissionais para lidar com a violência de gênero, incluindo formação acadêmica e capacitação em serviço;

III – Dados relacionados à percepção e atitudes dos profissionais acerca do tema da violência de gênero: 17 questões relativas aos sentimentos, à visão e conceitos pessoais dos médicos e enfermeiros sobre a violência de gênero.

IV - Dados relacionados ao conhecimento dos profissionais acerca do tema *violência contra a mulher*: fazem parte deste grupo 11 questões que abordam definição e epidemiologia da violência de gênero; 05 questões relativas ao conhecimento da revelação da violência e 15 questões sobre o conhecimento do manejo dos casos de violência de gênero.

3.5. Variáveis do estudo

As variáveis podem ser classificadas de várias maneiras. A classificação mais importante, devido à sua aplicabilidade nos desenhos de pesquisa e, consequentemente, na formulação de hipóteses, divide-as em variável dependente e variável independente (GRESSLER, 2004).

3.5.1. Variáveis dependentes

A variável dependente é aquela que sofre o efeito do tratamento e na qual os resultados são observados. É o aspecto observado e medido (GRESSLER, 2004).

Foram definidas para este estudo três variáveis dependentes: capacitação dos profissionais, percepção dos profissionais acerca do fenômeno da violência de gênero e conhecimento dos mesmos acerca do tema.

A) Capacitação dos profissionais

Foram elaboradas cinco questões relativas à formação profissional, para avaliar a capacitação dos profissionais entrevistados para atender mulheres em situação de violência doméstica. São elas (anexo I, questões 1 a 5):

- Você já recebeu, de qualquer maneira, algum tipo de instrução no serviço de saúde sobre como detectar e conduzir esses casos? (Sim – qual?/Não).
- Como você considera a capacitação no serviço sobre o tema? (Muito importante/ Médio importante/ Pouco importante).
- Durante sua formação você já teve aula específica/palestra que abordou o tema? (Sim/Não).
- Se sim na questão 03, qual o tipo de curso? (Curricular/Extra-curricular/Outro).
- Como você considera essa capacitação na formação profissional?(Pouco importante/ Médio importante/ Muito importante).

B) Percepção dos profissionais acerca do fenômeno da violência de gênero

Para conhecer a percepção dos médicos e enfermeiros entrevistados acerca da violência de gênero, utilizamos uma escala do tipo likert, que incluía 17 questões relativas aos sentimentos, à visão e conceitos pessoais dos mesmos em relação ao tema em estudo (anexo I, questões 6,7 e 8).

A primeira questão investigou os sentimentos dos profissionais em relação a temas de difícil abordagem, como sexualidade, violência e uso de drogas. Foi solicitado ao entrevistado que classificasse seu sentimento entre “incomodado”, “indiferente” ou “à vontade”, ao questionar as pacientes a respeito do consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, uso de drogas ilícitas, sobre sua vida sexual e se a mesma vive situações de violência com o parceiro. O

objetivo dessa questão foi verificar o nível de constrangimento dos profissionais em relação à abordagem do tema violência de gênero.

A segunda questão solicitava que os profissionais respondessem “Sim” ou “Não” para a seguinte pergunta: você acredita que a paciente que vive em situação de violência contra a mulher tenha alguma vantagem e por isso fica nessa situação?

Na última questão deste tópico foi solicitado aos profissionais que respondessem com “concordo”, “discordo” ou “indiferente” às seguintes afirmações:

- O papel do médico em caso de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenham para crianças vitimizadas.
- A agressão à mulher por seu marido deve ser considerada e tratada como um problema médico.
- A agressão à mulher por seu marido é causada por fatores sociais como desemprego.
- A agressão à mulher por seu marido é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas.
- A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos da vítima.
- A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos do marido.
- As mulheres agredidas pelo marido mantêm-se nessa situação devido ao seu masoquismo.
- Os maridos agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.
- Os maridos agressores deveriam ser presos por agressão.
- É aceitável que um marido bata em sua esposa, se tiver sido realmente provocado.
- A agressão do marido à mulher é um assunto de fórum íntimo e privado.

As questões acima objetivaram conhecer os conceitos pessoais, preconceitos e percepções dos entrevistados sobre a violência de gênero.

C) Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero

Foram elaboradas três variáveis (conhecimento I, conhecimento II e conhecimento III) para avaliar o conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero.

Conhecimento I

O conhecimento I buscou avaliar o conhecimento dos profissionais sobre os conceitos de violência, epidemiologia e sua identificação. Fazem parte deste grupo dez questões para as quais foi solicitado que o profissional respondesse “verdadeiro (V)”, “falso (F)” ou “não sei

(NS)”. As afirmativas que dizem respeito à definição de violência são as seguintes: (anexo I, questão 09, todas verdadeiras)

- Violência no âmbito da família é qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por afinidades.
- Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher, se cometidos por parceiro íntimo.
- Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero, quando cometidos contra a mulher por parceiro íntimo.
- Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero.
- Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos, é considerada violência moral.

Foi construído um escore para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre o conceito de violência de gênero, com base na questão anterior, atribuindo-se 1 ponto para cada questão respondida corretamente e 0 ponto para respostas erradas ou quando o profissional desconhecia a resposta. O conhecimento foi classificado em baixo, bom ou alto, de acordo com a pontuação obtida pelo entrevistado.

Em relação ao conhecimento da epidemiologia e às taxas de morbimortalidade da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo (anexo I, questão 10):

- Na maioria dos casos a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas (F).
- Poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal (V).
- Uma em cada cinco mulheres que freqüentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro (V).
- A maioria das mulheres que vive em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Ribeirão Preto (F).

O conhecimento sobre a epidemiologia da violência de gênero foi avaliado por um escore construído da mesma maneira que o citado anteriormente, porém, devido à baixa pontuação obtida pelos entrevistados, foi categorizado em conhecimento muito baixo, baixo e bom.

O instrumento contava ainda com uma questão referente à percepção do papel do profissional em relação à investigação da violência (Você acha que perguntar sobre situações de violência contra a mulher é seu papel profissional?) e uma questão sobre o conhecimento do profissional acerca das consequências da violência e sua capacidade de identificar os sinais

e sintomas apresentados pelas mulheres em situação de violência (Na sua experiência clínica, quais os sinais e sintomas mais comuns na mulher que sofre violência? Enumere por ordem de aparecimento). (Anexo I, questões 11 e 12).

Conhecimento II

Como conhecimento II denominou-se o conhecimento do profissional de saúde sobre a conduta que favorece a revelação da violência pela vítima. Para tanto, foram formuladas cinco questões as quais deveriam ser respondidas com "verdadeiro (V)", falso (F)" ou "não sei (NS)", conforme se segue (anexo I, questão 13):

Em relação à revelação da violência, o profissional de saúde deve:

- Abordar diretamente a paciente perguntando: "Você está apanhando em casa"? (V)
- Evitar abordar o assunto, a menos que essa seja a queixa principal da paciente. (F)
- Perguntar se há alguém com problemas de alcoolismo em casa e se essa pessoa fica violenta quando bebe.(V)
- Perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa. (F)
- Explicar que a violência contra a mulher é muito comum na vida das mulheres e dizer que pergunta isso a todas as suas pacientes e em seguida perguntar: "Você já sofreu abuso ou apanhou do seu parceiro"? (V)

Para cada questão respondida corretamente, foi atribuído 1 ponto; questões erradas e aquelas respondidas com "não sei" não pontuavam. Em seguida, foi construído um escore com a pontuação obtida pelos entrevistados, sendo os valores finais categorizados em conhecimento baixo, bom e alto.

Conhecimento III

Conceituou-se como conhecimento III o nível de conhecimento que o entrevistado possui sobre o manejo dos casos de violência de gênero, sendo propostas quinze afirmativas, para as quais os entrevistados foram solicitados a responder "verdadeiro (V)", "falso (F)" ou "não sei". Cinco afirmativas se referem ao manejo dos casos confirmados de violência (anexo I, questão 13) e dez afirmativas dizem respeito ao manejo dos casos suspeitos de violência (anexo I, questão 14), como se segue:

Em relação ao manejo de caso de violência:

- O profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto. (F)
- Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês, quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa. (V)
- O médico deve prescrever calmantes/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com os possíveis problemas que tem em casa. (F)
- No caso de violência sexual, direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo interrupção de gravidez prevista em Lei. (V)
- Avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência. (V)

Quando há indícios de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo, o profissional: (Questão 15)

- Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente. (F)
- Deve propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e para os seus filhos.(V)
- Recomendar terapia de casal. (F)
- Deve ser indicada à psicoterapia.(F)
- Uma vez que a informação é sigilosa não se deve notificar o fato.(F)
- Sugerir que a paciente traga o parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde junto com ela para conversarem. (F)
- O profissional deve realizar a notificação compulsória. (V)
- Dar número de telefone de abrigo e organizações que cuidem mulheres na situação de violência. (V)
- Recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde. (F)
- Orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher. (V)

Para o conhecimento III foram construídos dois escores, contemplando as questões referentes ao manejo dos casos confirmados e dos casos suspeitos de violência de gênero por parceiro íntimo. A construção dos escores se deu de forma semelhante aos anteriores, sendo a classificação de ambos subdividida em baixo, bom ou alto conhecimento.

3.5.2. Variáveis independentes

Variáveis independentes são aquelas que ocasionam a variação de outras variáveis, ou seja, aquelas que podem estar diretamente associadas ao conhecimento sobre violência.

As principais variáveis empregadas no estudo foram descritas a seguir e estão inseridas no instrumento como "informações gerais do participante" (anexo I, questões 16 a 27):

Idade: idade no momento da entrevista**,** em anos completos.

Sexo: masculino ou feminino.

Cor/Etnia: auto declarada, considerando a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), definida como branca, negra, parda, asiática ou indígena.

Religião: católica, protestante, evangélica, judaica/israelita, espiritismo, umbanda/candomblé e religiões orientais.

Estado marital: casado, solteiro, divorciado, separado, viúvo ou mora junto.

Renda familiar per capita: em reais, definida pela renda familiar dividido pelo número de pessoas que vivem na residência do entrevistado.

Graduação: formação do entrevistado, incluindo tipo de curso, instituição em que se graduou e ano da conclusão.

Residência ou Especialização: se o entrevistado possui título de especialização ou residência, em qual instituição e ano da conclusão.

Pós-graduação: se o entrevistado possui curso de pós-graduação, incluindo tipo de curso, instituição em que realizou e ano de conclusão.

Tempo de experiência profissional em serviço de assistência: em anos, no momento da entrevista.

Cidade e estado em que passou a maior parte da vida: nome da cidade e Estado.

3.6. Associação entre as variáveis

A associação a ser testada neste trabalho refere-se à variável independente "graduação" e às variáveis independentes "capacitação dos profissionais para o atendimento de vítimas de violência de gênero", "percepção dos profissionais acerca do fenômeno da violência de gênero" e "conhecimento dos profissionais a respeito da violência de gênero".

A seguir, um quadro hipotético de possível associação entre as variáveis, construído pela pesquisadora: (Quadro 1)

Variável Independente	Variáveis Dependentes
- Graduação: médicos e enfermeiros	- Capacitação dos profissionais para o atendimento de vítimas de violência de gênero - Percepção dos profissionais acerca do fenômeno da violência de gênero - Conhecimento dos profissionais a respeito da violência de gênero (Conhecimento I, II e III)

Quadro 1. Relação das variáveis dependentes e independentes.

3.7. Análise dos dados

Os dados foram analisados pela pesquisadora no primeiro semestre de 2009, utilizando o pacote estatístico STATA 9.0, com a supervisão da orientadora e de uma docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pesquisadora do projeto.

A análise se deu em duas etapas: inicialmente, segregaram-se as categorias profissionais - médicos e enfermeiros. Foi calculada a distribuição de freqüência das variáveis independentes relacionadas à cada categoria, sendo realizada uma análise descritiva com o objetivo de caracterizar a amostra.

Em seguida foi realizada uma análise comparativa entre as categorias profissionais para verificar se há associação das variáveis dependentes segundo categoria profissional. Para tanto, utilizaram-se os testes do Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher, sendo a hipótese de associação aceita quando p for menor ou igual a 0,05.

3.8. Aspectos Éticos

Após aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, este estudo foi remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), o qual aprovou e autorizou sua realização (ANEXO II).

A todos os profissionais foram fornecidas orientações a respeito do estudo, incluindo sua confidencialidade e aspecto voluntário da participação. Os que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento pré-informado, incluído no final dessa dissertação (APÊNDICE A).

4. Resultados

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em quatro etapas, como se segue: caracterização da amostra, descrição e análise comparativa das variáveis dependentes relativas às diferentes categorias profissionais: capacitação dos enfermeiros e médicos em violência de gênero, percepção desses profissionais acerca do fenômeno da violência de gênero e seu conhecimento em relação à mesma.

4.1. Caracterização da amostra

Foram entrevistados 221 profissionais de saúde, sendo 51 enfermeiros (23,1%) e 170 médicos (76,9%). Dentre os enfermeiros, 5 eram do sexo masculino (9,8%) e 46 eram do sexo feminino (90,2%), enquanto entre os médicos havia 114 homens (67,1%) e 56 mulheres (32,9%) (p=0,000).

A idade variou entre 24 e 65 anos, com idade média de 38,6 anos e mediana de 36,5 anos. Dos 221 entrevistados, 110 (49,7%) tinham entre 24 e 36 anos, 57 (25,8%) entre 37 e 47 anos e 54 (24,4%) possuíam 48 anos ou mais. A maior parte dos enfermeiros (21) pertencia à faixa etária de 37 a 47 anos (41,2%), 17 (33,3%) tinham 48 anos ou mais e 13 (25,5%) possuíam entre 24 e 36 anos. O grupo de médicos era mais jovem do que o de enfermeiros (p=0,000); 97 entrevistados (57%) pertenciam à faixa etária entre 24 e 36 anos, 36 (21,2%) possuíam entre 37 e 47 anos e 37 médicos (21,8%) tinham 48 ou mais anos (Figura 2).

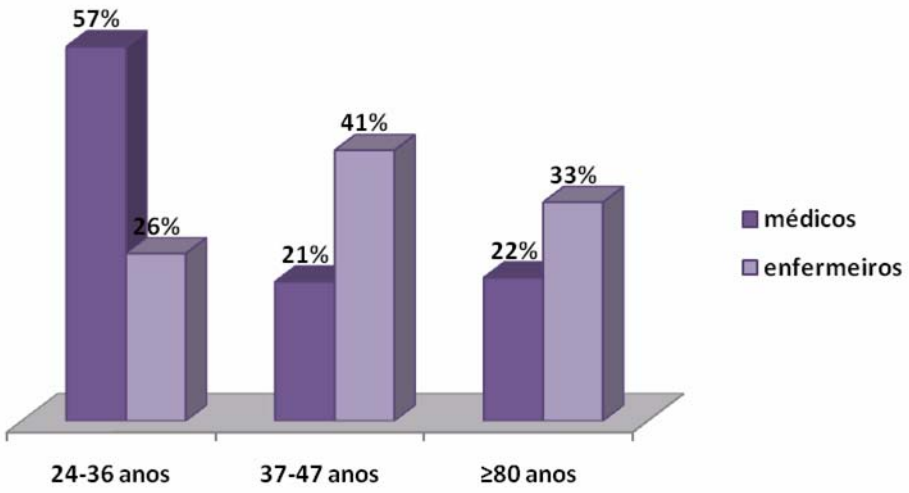

Figura 2. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo a faixa etária. Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto- SP, 2008.

Em relação à cor ou etnia, 46 (90,2%) enfermeiros se denominaram brancos ou asiáticos e 5 (9,8%) negros ou pardos; entre os médicos, 154 (90,6%) se consideraram brancos e 16 (9,4%) negros ou pardos.

Quanto à religião, a maioria dos profissionais denominou-se católica (142, 64,2%), 34 (15,4%) eram espíritas, 13 (5,9%) evangélicos, e 19 (8,6%) disseram não seguir religião alguma. A proporção se manteve em ambas as categorias profissionais.

No que tange ao estado marital, 112 entrevistados (52%) eram casados, 82 (37,1%) solteiros e 24 (10,8%) separados, amasiados ou viúvos. A maior parte dos enfermeiros (31 profissionais – 60,8%) era casada ou viviam com companheiro e 20 (39,2%) eram solteiros, divorciados, separados ou viúvos; já entre os médicos, 86 (50,6%) eram solteiros, separados, viúvos ou divorciados e 84 (49,4%) eram casados ou moravam junto com companheiro (a) (Figura 03).

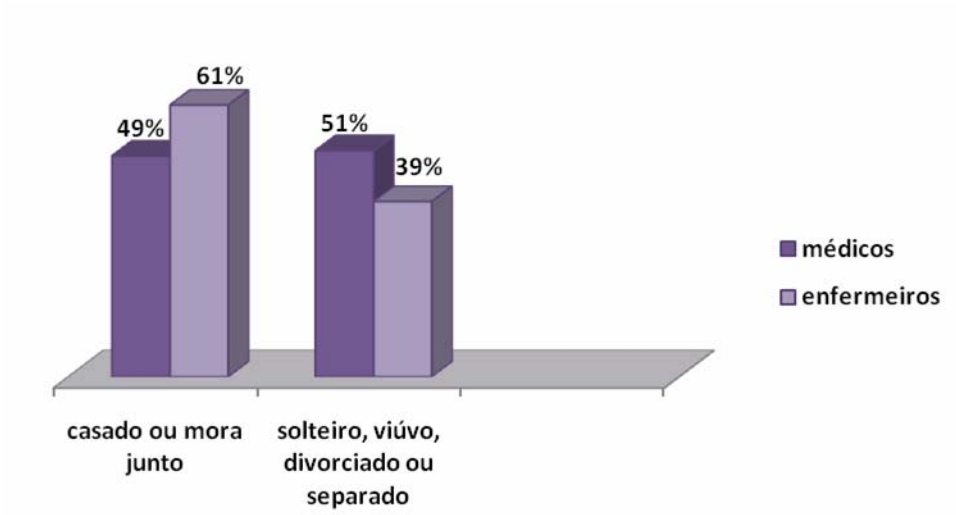

Figura 03. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo estado marital. Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto- SP, 2008.

Em relação à formação dos profissionais, 37 enfermeiros (72,5%) eram provenientes de universidades públicas e 14 (27,5%) de universidades privadas. Dentre os enfermeiros egressos de instituições públicas de ensino, 27 (72,9%) concluíram a graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). No caso dos médicos, 115 (67,6%) eram formados em instituições de ensino publicas e 55 (32,4%) em universidades particulares; dentre os graduados nas universidades públicas, 53 médicos (46,1%) eram provenientes da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Ainda em relação à formação profissional, a maioria dos profissionais possuía algum tipo de especialização. Entre os médicos, 163 (95,9%) possuíam especialização, e dentre esses 46 (28,2%) eram ginecologistas/obstetras, 39 (23,9%) eram clínicos gerais, 19 (11,6%) possuíam especialização em saúde coletiva/saúde da família e 59 (36,2%) pertenciam a outras especialidades; 56 médicos (32,9%) possuíam ainda curso de pós-graduação, sendo 38 (22,3%) mestres ou doutores. 43 enfermeiros (84,3%) possuíam especialização, dentre os quais 17 (39,5%) a possuíam em saúde coletiva/saúde da família, 6 (13,9%) em enfermagem do trabalho, 5 (11,6%) em administração hospitalar e 15 (34,9%) em outras áreas. 15 enfermeiros (29,4%) possuíam pós-graduação, sendo que 12 deles (23,5%) eram mestres ou doutores. (Figura 04)

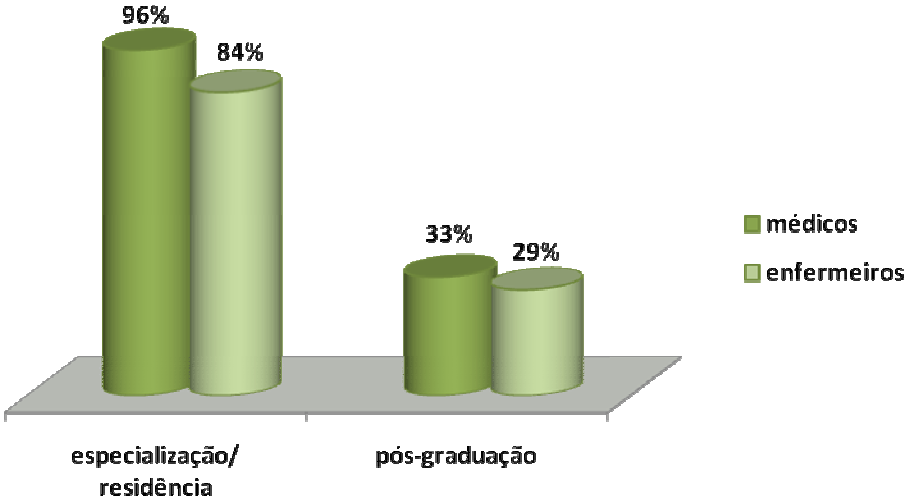

Figura 04. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo formação acadêmica. Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto- SP, 2008.

Os enfermeiros possuíam maior tempo de serviço em relação aos médicos (p=0,000). A média de tempo de formação dos enfermeiros foi 18,04 anos, enquanto dos médicos foi 10,9 anos. Entre os médicos, 77 (45,8%) possuíam de 1 a 5 anos de formados, 33 (19,6%) de 6 a 14 anos, 41 (24,4%) eram formados de 15 a 25 anos e 17 (10,1%) possuíam a partir de 26 anos de formados. Já entre os enfermeiros, 29 (56,9%) possuíam entre 15 e 25 anos de formados, 6 (11,8%) possuíam de 1 a 5 anos, 9 (17,6%) se encontravam na faixa de 6 a 14 anos e 7 (13,7%) possuíam 26 anos ou mais de formados. (Figura 05)

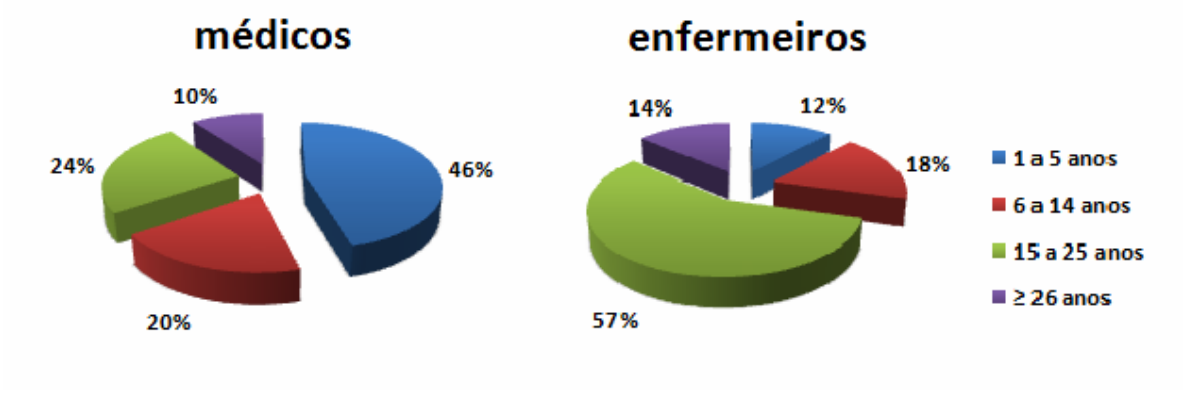

Figura 05. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo tempo de formação. Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto- SP, 2008.

Todos os enfermeiros e a maioria dos médicos entrevistados (130 médicos – 76,5%) passaram a maior parte da sua vida na região Sudeste do Brasil; 14 (8,2%) médicos o fizeram na região Nordeste e 15,3% em estados de outras regiões do País.

4.2. Capacitação dos enfermeiros e médicos em violência de gênero

A tabela 01 mostra a formação acadêmica e a capacitação dos enfermeiros e médicos entrevistados para lidar com violência de gênero. A maioria dos enfermeiros (32 profissionais – 64%) não teve aula específica ou palestra durante o curso de graduação sobre o tema. Dos 18 (36%) que disseram ter tido aula ou palestra, 11 (61,1%) relataram que esta fazia parte da grade curricular e 7 (38,9%) referiram que a mesma aconteceu em cursos extracurriculares. Apesar da formação acadêmica deficiente, 49 enfermeiros (96,1%) acham que tal capacitação é muito importante na formação do profissional.

Em relação à capacitação nos serviços de saúde, 27 (52,9%) enfermeiros disseram ter recebido instrução sobre como detectar e conduzir os casos de violência de gênero, e 24 (47,1%) negaram ter recebido qualquer tipo de treinamento a este respeito. 48 (94,1%) enfermeiros consideram a capacitação em serviço muito importante, 2 (3,9%) referiram ser médio importante e 1 (1,9%) considera pouco importante este treinamento.

Entre os médicos, a maioria (95 profissionais – 55,9%) referiu ter tido aula/palestra que abordou o tema da violência de gênero durante a graduação e 75 (44,1%) negaram. Dentre os médicos que tiveram aula na graduação sobre o tema, 77 (81,1%) responderam que o conteúdo fazia parte da grade curricular e 15 (15,8%) freqüentaram treinamento extracurricular. 152 médicos (89,4%) consideram muito importante a capacitação sobre o

tema durante a graduação, 11 (6,5%) a consideram médio importante e para 7 (4,1%) esse treinamento é pouco importante.

Sobre treinamento em serviço de saúde, 136 médicos (80%) negaram ter recebido qualquer tipo de instrução sobre como detectar e conduzir os casos de violência de gênero, contra 34 (20%) que declararam ter recebido. 144 médicos (85,2%) consideram a capacitação em serviço muito importante, 13 (7,7%) referiram ser médio importante e 12 (7,1%) a consideram pouco importante.

Os resultados apontam algumas diferenças estatisticamente significantes entre as categorias profissionais: em sua maioria, os médicos receberam instruções sobre violência de gênero durante a graduação ($p = 0,013$) enquanto os enfermeiros foram capacitados para lidar com o tema no próprio serviço de saúde ($p = 0,000$) ou em cursos extracurriculares ($p = 0,028$).

Tabela 01. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo formação acadêmica e capacitação em violência de gênero.

Formação e capacitação profissional para lidar com violência de gênero	**Sim**	**%**	**Não**	**%**	**p**	**Total (%)**
Você já recebeu, de qualquer maneira, algum tipo de instrução no serviço de saúde sobre como detectar e conduzir estes casos?						
Enfermeiros	27	52,9	24	47,1	**	100
Médicos	34	20	136	80		100
Durante a sua formação você já teve aula específica/palestra que abordou o tema?						
Enfermeiros	19	36	31	64	0,013	100
Médicos	95	55,9	75	44,1		100

Se sim na questão anterior, qual o tipo de curso?	**Curricular**	**%**	**Extracurricular**	**%**	**Outra**	**%**		**Total (%)**
Enfermeiros	11	61,1	7	38,9	-	-	0,028	100
Médicos	77	81,1	15	15,8	03	3,2		100

Como você considera a capacitação no serviço sobre o tema?	**Pouco importante**	**%**	**Médio importante**	**%**	**Muito importante**	**%**		**Total (%)**
Enfermeiros	1	1,9	2	3,9	48	94,1	*	100
Médicos	12	7,1	13	7,7	144	85,2		100

Como você considera essa capacitação na formação do profissional?	**Pouco importante**	**%**	**Médio importante**	**%**	**Muito importante**	**%**		**Total (%)**
Enfermeiros	-	-	2	3,9	49	96,1	*	100
Médicos	7	4,1	11	6,5	152	89,4		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. * p>0,05 ** p<0,01

4.3. Percepção dos enfermeiros e médicos acerca do fenômeno da violência de gênero.

Foi solicitado pelo entrevistador que os profissionais de saúde respondessem quais eram seus sentimentos ao inquirir a paciente sobre temas diversos, com o objetivo de verificar se os mesmos se sentem incomodados em falar com a mulher sobre violência. Os resultados estão expostos na tabela 02.

A maioria dos profissionais entrevistados revelou se sentir à vontade em conversar com a paciente sobre temas diversos. Nota-se, entretanto, que a violência doméstica é o tema sobre o qual um maior número de profissionais se sente incomodado em perguntar: 20 enfermeiros (39,2%) e 54 médicos (31,8%) revelaram se sentirem incomodados em conversar com a paciente sobre o tema. Entre os assuntos sobre os quais os enfermeiros entrevistados se sentem mais à vontade ou indiferentes em inquirir estão: tabagismo (98%), consumo de bebidas alcoólicas (92,2%), vida sexual da paciente (62,8%) e uso de drogas ilícitas (58,8%). Os médicos entrevistados referiram se sentir mais à vontade em conversar sobre os seguintes temas: tabagismo (98,9%), etilismo (95,3%), uso de drogas ilícitas e sobre a vida sexual da paciente (ambos 81,8%). Observa-se na mesma tabela que 7 enfermeiros (13,7%) e 17 médicos (10%) declararam nunca ter perguntado à paciente sobre a existência de relações violentas em casa.

Ainda que os enfermeiros tenham demonstrado se sentir mais incomodados do que os médicos ao inquirir a paciente sobre o uso de drogas ilícitas ($p=0,001$), os médicos demonstraram maior incômodo em conversar com a mesma sobre situações violentas (31,8%) do que sobre o uso de drogas (17,6%), o que não ocorreu entre os enfermeiros.

Os médicos entrevistados também mostraram se sentir mais à vontade do que os enfermeiros em discutir a vida sexual da paciente ($p = 0,048$).

Tabela 02- Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo sentimentos dos profissionais ao inquirir a paciente sobre temas diversos.

Sentimentos dos profissionais ao questionar a paciente sobre temas diversos	Incomodado	%	À vontade/ Indiferente	%	Nunca perguntei	%	p	Total (%)
a)A respeito do consumo de bebidas alcoólicas pela paciente								
Enfermeiro	4	7,8	47	92,2	-	-	*	100
Médico	8	4,7	162	95,3	-	-		100
b)Se a paciente é ou não tabagista								
Enfermeiro	-	-	50	98	1	2	*	100
Médico	2	1,1	168	98,9	-	-		100
c)Sobre a vida sexual da paciente								
Enfermeiro	14	27,4	32	62,8	05	9,8	**0,048**	100
Médico	29	17,1	139	81,8	02	1,1		100
d)Se a paciente usa drogas ilícitas								
Enfermeiro	20	39,2	30	58,8	1	2	**0,001**	100
Médico	30	17,6	139	81,8	1	0,6		100
e)Se a paciente vive situações violentas com o parceiro íntimo								
Enfermeiro	20	39,2	24	47,1	7	13,7	*	100
Médico	54	31,8	99	58,2	17	10		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. *p>0,05

Ainda em relação à percepção dos profissionais sobre a violência de gênero, solicitou-se que os entrevistados respondessem à seguinte pergunta: Você acredita que a paciente que vive em situação de violência contra a mulher tenha alguma vantagem e por isso fica nessa situação? (Anexo I, questão nº 07).

Ainda que a maioria dos enfermeiros (40 entrevistados – 80%) tenha discordado dessa crença, 10 entrevistados (20%) acreditam que essa situação seja real (figura 06). Entre os médicos, 58 entrevistados (34%) acham que a paciente leva alguma vantagem nessa relação, e 112 médicos (66%) discordam desta crença. Essa diferença não é estatisticamente significante (p = 0,058).

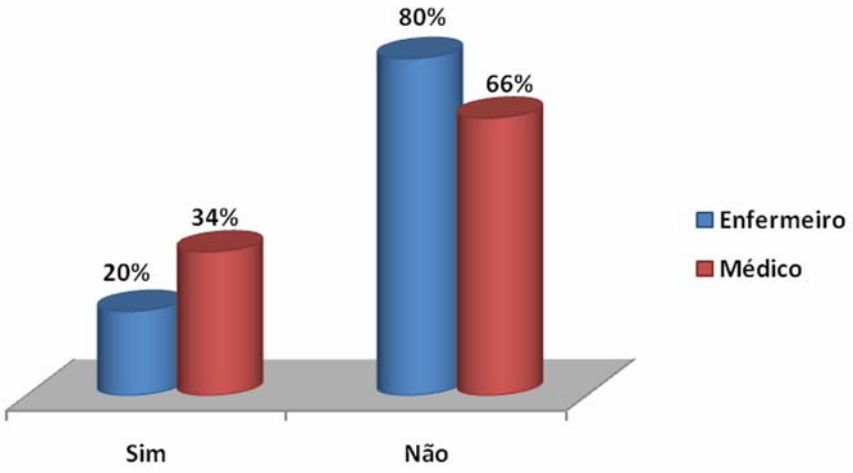

Figura 06. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto, segundo a crença de que a mulher violentada leva vantagem nessa relação. Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto- SP, 2008.

A tabela 03 mostra a percepção do profissional em caso de suspeita de violência de gênero por parceiro íntimo. Foi solicitado que os profissionais respondessem se concordavam, eram indiferentes ou discordavam de 11 afirmativas que diziam respeito à violência de gênero (escala de Likert).

Os profissionais entrevistados entendem que o papel do médico em caso de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenham para crianças vitimizadas – 38 enfermeiros (74,5%) e 116 médicos (68,3%) concordaram com essa afirmação. Apesar disso, as opiniões são divergentes quanto à atribuição desse papel: a maioria dos enfermeiros (28 entrevistados – 54,9%) discordou que a agressão à mulher por seu marido deva ser tratada como um problema médico; os médicos, entretanto, concordaram com essa afirmação (124 profissionais – 72,9%). Essa diferença é estatisticamente significativa (p = 0,000).

A maior parte dos enfermeiros e médicos entrevistados acredita que a violência pode ser causada por fatores externos, como desemprego (66,7% e 69,4% respectivamente) e uso abusivo de álcool e drogas (94,1% dos enfermeiros e 91,8% dos médicos). Ambos concordam (66,7% dos enfermeiros e 75,3% dos médicos) que os problemas psicológicos do marido, e não da vítima, possam ser responsáveis pela agressão. Ainda que não seja a maioria, 11 enfermeiros (21,6%) e 38 médicos (22,4%) atribuem a responsabilidade pela agressão aos problemas psicológicos da vítima.

Os entrevistados foram unânimes em negar a questão que afirmava que a mulher em situação de violência se mantém nessa situação devido a seu masoquismo (90,2% dos enfermeiros e 93,5% dos médicos) e aquela que justifica a agressão do marido à esposa se o mesmo tiver sido realmente provocado (96,1% e 97,6% respectivamente). Quanto à punição do agressor, 39 enfermeiros (76,5%) e 127 médicos (74,7%) concordam que os mesmos deveriam ser presos pela agressão; 9 enfermeiros (17,6%) e 32 médicos (18,8%) discordam dessa afirmação.

Ainda na mesma tabela, 46 enfermeiros (90,2%) e 136 médicos (80%) não consideram a agressão da mulher pelo marido como sendo assunto de foro íntimo e privado; por outro lado, 3 enfermeiros (5,9%) e 26 médicos (15,3%) acreditam que essa afirmação é verdadeira.

Tabela 03. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo percepção do profissional diante de suspeita de violência de gênero por parceiro íntimo.

Percepção do profissional diante de suspeita de violência por parceiro íntimo	**Concordo**	**%**	**Indiferente**	**%**	**Discordo**	**%**	**p**	**Total (%)**
a) O papel do médico em caso de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenham para crianças vitimizadas.								
Enfermeiros	38	74,5	-	0	13	25,5	*	100
Médicos	116	68,3	04	2,3	50	29,4		100
b) A agressão à mulher por seu marido deve ser considerada e tratada como um problema médico.								
Enfermeiros	23	45,1	-	0	28	54,9	**	100
Médicos	124	72,9	06	3,5	40	23,5		100
c) A agressão à mulher por seu marido é causada por fatores sociais como desemprego.								
Enfermeiros	34	66,7	03	5,9	14	27,4	*	100
Médicos	118	69,4	11	6,5	41	24,1		100
d) A agressão à mulher por seu marido é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas.								
Enfermeiros	48	94,1	01	2	02	3,9	*	100
Médicos	156	91,8	05	2,9	09	5,3		100
e) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos da vítima.								
Enfermeiros	11	21,6	05	9,8	35	68,6	*	100
Médicos	38	22,4	09	5,3	123	72,3		100

f) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos do marido.								
Enfermeiros	34	66,7	07	13,7	10	19,6	*	100
Médicos	128	75,3	16	9,4	26	15,3		100
g) As mulheres agredidas pelo marido mantêm-se nessa situação devido ao seu masoquismo.								
Enfermeiros	04	7,8	01	2	46	90,2	*	100
Médicos	07	4,1	04	2,4	159	93,5		100
h) Os maridos agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.								
Enfermeiros	05	9,8	02	3,9	44	86,3	*	100
Médicos	10	5,9	10	5,9	150	88,2		100
i) Os maridos agressores deveriam ser presos por agressão.								
Enfermeiros	39	76,5	03	5,9	09	17,6	*	100
Médicos	127	74,7	11	6,5	32	18,8		100
j) É aceitável que um marido bata em sua esposa, se tiver sido realmente provocado.								
Enfermeiros	-	0	02	3,9	49	96,1	*	100
Médicos	01	0,6	03	1,8	166	97,6		100
k) A agressão do marido à mulher é um assunto de foro íntimo e privado.								
Enfermeiros	03	5,9	02	3,9	46	90,2	*	100
Médicos	26	15,3	08	4,7	136	80		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. * p> 0,05 ** p<0,01

4.4. Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero: conhecimento I

Este tópico inclui questões que abordam o conhecimento dos profissionais sobre os conceitos de violência de gênero, sua epidemiologia e identificação. As respostas corretas foram destacadas em negrito nas tabelas.

Os enfermeiros tiveram grande percentual de acerto nas questões sobre definição de violência, variando de 78% a 90,2%, como mostra a tabela 04. Entre os médicos, esse percentual variou de 74,1% a 93,5%.

A única afirmativa em que houve diferença estatisticamente significativa em percentual de acertos ($p = 0,006$) foi a questão b) - a qual afirma que menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher se cometidos por parceiro íntimo; 39 enfermeiros (78%) e 159 médicos (93,5%) responderam corretamente. A questão e) – a qual afirma que qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos, é considerada violência moral – foi a que teve o maior número de respostas erradas: 29 médicos (17,1%) e 04 enfermeiros (7,8%) responderam que a questão era falsa; diferença não significativa ($p>0,05$).

Tabela 04. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento sobre a definição de violência de gênero.

Definição da violência de gênero (todos os itens são verdadeiros)	**Verdadeiro**	**%**	**Falso**	**%**	**Não sei**	**%**	**p**	**Total (%)**
a) Violência no âmbito da família é qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por afinidades								
Enfermeiro	**46**	**90,2**	03	5,9	02	3,9	*	100
Médico	**154**	**90,6**	08	4,7	08	4,7		100
b) Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher se cometidos por parceiro íntimo								
Enfermeiro	**39**	**78**	09	18	02	4	**0,006**	100
Médico	**159**	**93,5**	10	5,9	01	0,6		100
c) Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher por parceiro íntimo								
Enfermeiro	**44**	**86,3**	03	5,9	04	7,8	*	100
Médico	**149**	**87,6**	01	0,6	20	11,8		100
d) Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero								
Enfermeiro	**46**	**90,2**	01	2	04	7,8	*	100
Médico	**152**	**89,4**	01	0,6	17	10		100
e) Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos, é considerada violência moral								
Enfermeiro	**43**	**84,3**	04	7,8	04	7,8	*	100
Médico	**126**	**74,1**	29	17,1	15	8,8		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. * p> 0,05

Atribuindo-se 1 ponto para cada questão respondida corretamente e 0 ponto para cada erro ou questão respondida com "não sei", foi construído um escore do conhecimento sobre definição de violência (tabela 5). A pontuação possível de ser alcançada variou de 0 a 5 pontos. O escore obtido foi classificado em conhecimento baixo (0 a 2 pontos), bom (3 pontos) e alto (4 a 5 pontos). Entre os enfermeiros, a pontuação média foi 4,28 pontos; 39 enfermeiros (78%) e 145 médicos (85,3%) acertaram de 4 a 5 pontos, demonstrando bom conhecimento sobre definição de violência de gênero. A pontuação média dos médicos foi 4,35 pontos.

Tabela 05. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo escore obtido nas questões sobre definição de violência de gênero.

Escore sobre definição de violência de gênero	**Enfermeiros**	**%**	**Médicos**	**%**
Baixo (0 a 2 pontos)	3	6	9	5,3
Bom (3 pontos)	8	16	16	9,4
Alto (4 a 5 pontos)	39	78	145	85,3
Total	**50**	**100**	**170**	**100**

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto, 2008. p>0,05.

A tabela 06 diz respeito ao conhecimento sobre epidemiologia da violência de gênero segundo os médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto - SP. A maior parte dos profissionais (50 enfermeiros – 98% e 163 médicos – 95,9%) demonstrou saber que, na maioria dos casos, a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas conhecidas e que a mesma não é relatada ao profissional de saúde em Ribeirão Preto (40 enfermeiros – 78,4% e 130 médicos – 76,5%). No entanto, os entrevistados demonstraram desconhecer a epidemiologia da violência nos serviços de pré-natal: 36 enfermeiros (70,6%) e 81 médicos (47,6%) responderam "não sei" à afirmação de que uma em cada cinco mulheres que freqüentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro; apenas 08 enfermeiros (15,7%) e 53 médicos (31,2%) acertaram a questão.

Embora ambas as categorias profissionais tenham demonstrado desconhecimento da epidemiologia da violência de gênero nos serviços de pré-natal, os médicos obtiveram maiores índices de acerto do que os enfermeiros (p = 0,015).

Ainda na mesma tabela, 43 enfermeiros (84,3%) e 132 médicos (77,6%) consideraram falsa a afirmação de que poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal. Uma pequena parcela dos profissionais acertou a questão: 7 enfermeiros (11,8%) e 29 médicos (17,1%).

Tabela 06. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento acerca da epidemiologia da violência de gênero.

Epidemiologia da violência de gênero (itens b e c são verdadeiros)	**Verdadeiro**	**%**	**Falso**	**%**	**Não sei**	**%**	**p**	**Total (%)**
a)Na maioria dos casos a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas.								
Enfermeiro	-	-	**50**	**98**	01	2	*	100
Médico	01	0,59	**163**	**95,9**	06	3,5		100
b)Poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal.								
Enfermeiro	**07**	**13,7**	43	84,3	01	2	*	100
Médico	**29**	**17,1**	132	77,6	09	5,3		100
c)Uma em cada cinco mulheres que freqüentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro.								
Enfermeiro	**08**	**15,7**	07	13,7	36	70,6	**0,015**	100
Médico	**53**	**31,2**	36	21,2	81	47,6		100
d)A maioria das mulheres que vivem em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Ribeirão Preto								
Enfermeiro	06	11,8	**40**	**78,4**	05	9,8	*	100
Médico	30	17,6	**130**	**76,5**	10	5,9		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. * p> 0,05

Com base na tabela anterior, foi formulado um escore para avaliar o conhecimento da epidemiologia da violência de gênero pelos profissionais entrevistados. Para cada questão correta foi atribuído o valor de 1 ponto; as questões erradas ou cujas respostas foram "não sei" receberam 0 ponto, de modo que a pontuação possível variasse de 0 a 4 pontos. Uma vez que nenhum dos entrevistados obteve pontuação maior do que dois pontos, a classificação do conhecimento em epidemiologia da violência de gênero consistiu em muito baixo (0 ponto), baixo (1 ponto) e bom (2 pontos). O escore sobre o conhecimento da epidemiologia da violência de gênero segundo os profissionais entrevistados está representado na tabela 07.

Tabela 07. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo escore obtido nas questões sobre epidemiologia da violência de gênero.

Escore sobre epidemiologia da violência de gênero	**Enfermeiros**	**%**	**Médicos**	**%**
Muito baixo (0 pontos)	32	62,7	72	42,4
Baixo (1 ponto)	17	33,3	84	49,4
Bom (2 pontos)	02	3,9	14	8,2
Total	**51**	**100**	**170**	**100**

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. Pearson chi (2) = 6,6941 p = 0,035

Os escores obtidos pelos profissionais variaram de 0 a 2 pontos, visto que nenhum entrevistado acertou mais do que a metade dos itens: 32 enfermeiros (62,7%) erraram todas as questões, 17 (33,3%) acertaram apenas uma e 02 (3,9%) obtiveram 2 pontos, demonstrando assim muito baixo conhecimento sobre epidemiologia da violência de gênero. Entre os médicos, 42,4% (72 profissionais) erraram todas as questões, 84 (49,4%) acertaram 1 questão e 14 (8,2%) fizeram 2 pontos.

A pontuação média dos enfermeiros foi 0,41 pontos, enquanto a dos médicos foi 0,65 pontos.

O conhecimento dos enfermeiros sobre epidemiologia da violência de gênero foi menor do que o dos médicos (p = 0,035).

No que diz respeito ao conhecimento de sua competência profissional, 47 enfermeiros (94%) acreditam que é seu papel profissional perguntar sobre situações de violência contra a mulher e 3 (6%) não o reconhecem como parte de suas atribuições. Ainda que a maioria dos médicos (86,5%) também concorde que investigar violência de gênero seja seu papel

profissional, um percentual de médicos duas vezes maior do que o de enfermeiros (13,5%) não concorda que essa atividade seja parte de suas atribuições (diferença estatisticamente não significativa). (Anexo I, questão 11, tabela não mostrada).

O conhecimento dos entrevistados sobre os principais sinais e sintomas apresentados pela mulher violentada estão representados na figura 07. Os sinais e sintomas mais citados pelos enfermeiros foram: depressão (94%), ferimentos que não se explicam (92%), insônia (76%), queixas vagas, crônicas, sem causa física aparente (73%), distúrbio neuro-vegetativo (65%), agitação (63%), dor pélvica crônica (53%), infecção urinária crônica (47%) e outros (25%). A depressão também foi o distúrbio mais citado pelos médicos (94%), seguido de ferimentos que não se explicam (84%), queixas vagas, crônicas e sem causa aparente (82%), insônia (74%), distúrbio neuro-vegetativo (72%), agitação (64%), dor pélvica crônica (59%), infecção urinária crônica (45%) e outros (8%). A presença de queixas vagas, crônicas e sem causa aparente foi o terceiro sinal mais citado pelos médicos e o quarto mais citado pelos enfermeiros.

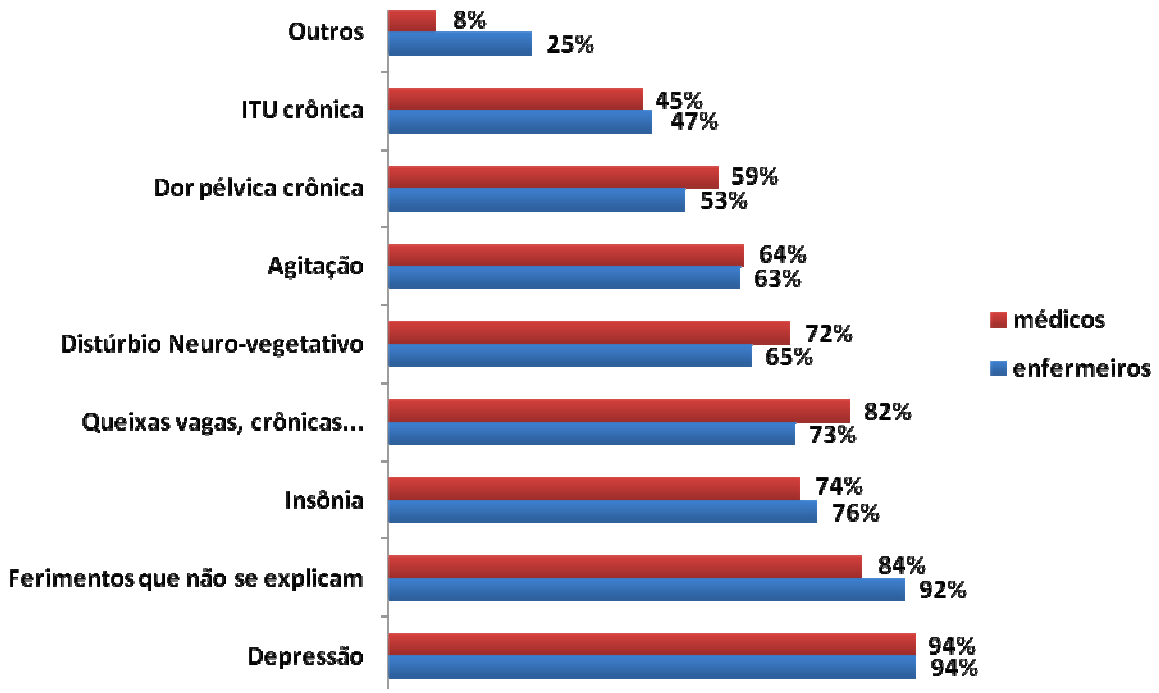

Figura 07. Distribuição médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo sinais e sintomas de violência de gênero. Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto, 2008.

4.5. Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero : conhecimento II

Neste tópico será descrito o conhecimento dos profissionais sobre a conduta a ser tomada a fim de favorecer a revelação da violência pela vítima. Para tanto, foi solicitado aos entrevistados que respondessem a cinco questões sobre a abordagem da paciente visando à revelação da violência.

Os resultados estão apresentados na tabela 08. A maior parte dos profissionais discorda de que a abordagem à paciente em relação à violência deva ser realizada de maneira direta – 33 enfermeiros (64,7%) e 78 médicos (45,9%) erraram essa questão – e de que o profissional deva perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa - 43 enfermeiros (84,3%) e 119 médicos (70%) acertaram a afirmativa. Apesar da aparente preferência por uma abordagem menos incisiva do tema, aproximadamente 75% dos entrevistados discordaram que o correto seja evitar o assunto e a maioria dos enfermeiros (54,9%) e médicos (61,2%) consideraram correta a atitude de contextualizar e explicar os motivos pelos quais a paciente está sendo inquirida sobre situações violentas.

Todos os enfermeiros e 148 médicos (87,6%) consideraram correta a hipótese de inquirir a mulher sobre possíveis problemas com alcoolismo em casa e relacioná-los a episódios violentos; no entanto, 13 médicos (7,7%) discordaram dessa conduta (diferença estatisticamente significativa, $p = 0,028$).

Tabela 08. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto – SP, segundo conhecimento acerca da revelação da violência de gênero.

Em relação à violência de gênero, o profissional de saúde deve: (itens a, c, e são verdadeiros)	**Verdadeiro**	**%**	**Falso**	**%**	**Não sei**	**%**	**p**	**Total (%)**
a)Abordar diretamente a paciente perguntando: "Você está apanhando em casa?"								
Enfermeiro	**18**	**35,3**	33	64,7	0	-	*	100
Médico	**77**	**45,3**	78	45,9	15	8,8		100
b)Evitar abordar o assunto a menos que essa seja a queixa principal da paciente.								
Enfermeiro	13	25,5	**37**	**72,5**	1	2	*	100
Médico	42	24,8	**124**	**72,9**	4	2,3		100
c)Perguntar se há alguém com problemas de alcoolismo na casa e se a pessoa fica violenta quando bebe.								
Enfermeiro	**49**	**100**	0	-	0	-	**p=0,028**	100
Médico	**148**	**87,6**	13	7,7	8	4,7		100
d) Perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa								
Enfermeiro	07	13,7	**43**	**84,3**	1	2	*	100
Médico	43	25,3	**119**	**70**	8	4,7		100
e) Explicar que a violência contra a mulher é muito comum na vida das mulheres e dizer que pergunta isso para todas as suas pacientes e em seguida perguntar: "você já sofreu abuso ou apanhou do seu parceiro?"								
Enfermeiro	**28**	**54,9**	18	35,3	5	9,8	*	100
Médico	**104**	**61,2**	61	35,9	5	2,9		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. *p>0,05

Foi construído um escore baseado na tabela anterior, atribuindo-se 1 ponto para cada resposta correta; questões erradas ou aquelas em que o entrevistado não sabia a resposta não pontuavam. Dessa maneira, a pontuação possível de ser obtida variou de 0 a 5 pontos. O escore foi recodificado segundo a pontuação e classificado entre conhecimento baixo (0 a 2 pontos), bom (3 a 4 pontos) e alto (5 pontos).

A tabela 09 mostra o escore do conhecimento sobre a revelação da violência de gênero pela vítima segundo a categoria profissional do entrevistado.

Tabela 09. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo escore obtido nas questões sobre conhecimento da revelação da violência de gênero pela vítima.

Escore sobre a revelação da violência de gênero	**Enfermeiros**	**%**	**Médicos**	**%**
Baixo (0 a 2 pontos)	03	6,1	34	20,1
Bom (3 a 4 pontos)	41	83,7	112	66,3
Alto (5 pontos)	05	10,2	23	13,6
Total	**49**	**100**	**169**	**100**

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. Pearson chi2(2) = 6.3660 Pr = 0.041

Ainda que a pontuação média obtida pelos médicos (3,4 pontos) e pelos enfermeiros (3,5 pontos) tenham sido semelhantes, um percentual significativamente maior de enfermeiros obteve pontuação boa (83,7%) e um percentual significativamente menor deles obtiveram pontuação baixa (6,1%) quando comparados com os profissionais médicos (66,3% e 20,1% respectivamente, p=0,041).

De acordo com o escore acima, ambas as categorias profissionais demonstraram possuir bom conhecimento sobre as condutas a serem tomadas com a finalidade de facilitar a revelação da violência por parte da vítima; ainda assim, os enfermeiros demonstraram melhor conhecimento do que os médicos neste quesito.

4.6. Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero: conhecimento III

A seguir serão descritos os resultados que mensuram o nível de conhecimento que o entrevistado possui sobre o manejo dos casos de violência de gênero, incluindo os casos confirmados e aqueles que apresentam indício da mesma.

A tabela 10 traz o conhecimento dos entrevistados acerca do manejo dos casos de violência de gênero. Foi solicitado ao entrevistado que respondesse a cinco afirmações com verdadeiro, falso ou não sei. As respostas corretas foram colocadas em negrito na tabela.

Todas as questões foram respondidas corretamente pela maioria dos profissionais entrevistados. O percentual de acerto dos enfermeiros variou de 74,5% a 100%, e o dos médicos, de 78,2% a 97,1%. Houve diferença estatisticamente significante na afirmativa que tratava da prescrição pelo médico de calmantes/antidepressivos para a vítima de violência conseguir lidar com seus possíveis problemas em casa, tendo um percentual de 11,8% dos enfermeiros respondido “não sei” a esta questão contra 2,9% dos médicos (p=0,04).

Um percentual significativamente menor de enfermeiros (84,3%) em relação aos médicos (93,5%) concordou com a afirmação de que o profissional deve avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência (p=0,014).

Tabela 10. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo conhecimento acerca do manejo da violência de gênero.

Em relação ao manejo dos casos de violência: (itens b, d, e são verdadeiros)	**Verdadeiro**	**%**	**Falso**	**%**	**Não sei**	**%**	**p**	**Total (%)**
a)O profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto.								
Enfermeiro	0	-	**51**	**100**	0	-	*	100
Médico	04	2,3	**165**	**97,1**	1	0,59		100
b)Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa.								
Enfermeiro	**43**	**86**	04	8	03	6	*	100
Médico	**133**	**78,2**	31	18,2	06	3,5		100
c)O médico deve prescrever calmantes/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com os possíveis problemas que tem em casa.								
Enfermeiro	07	13,7	**38**	**74,5**	06	11,8	**0,04**	100
Médico	26	15,3	**139**	**81,8**	05	2,9		100
d) No caso de violência sexual, direcionar o atendimento para contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo interrupção da gravidez prevista em Lei.								
Enfermeiro	**45**	**88,2**	03	5,9	03	5,9	*	100
Médico	**150**	**88,2**	15	8,8	05	2,9		100
e) Avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência.								
Enfermeiro	**43**	**84,3**	07	13,7	01	2	**0,014**	100
Médico	**159**	**93,5**	07	4,1	04	2,3		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. *p>0,05

Com base na tabela anterior, foi criado um escore atribuindo-se 1 ponto para cada questão respondida corretamente e 0 ponto para respostas erradas ou aquelas respondidas com "não sei", de modo que a pontuação possível de ser obtida variasse de 0 a 5 pontos. Classificou-se como conhecimento baixo a pontuação de 0 a 2 pontos; conhecimento bom variando de 3 a 4 pontos e conhecimento alto, 5 pontos.

A tabela 11 traz a pontuação sobre o manejo dos casos de violência de gênero segundo os profissionais entrevistados.

Tabela 11. Distribuição dos médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo escore obtido nas questões relacionadas ao conhecimento sobre o manejo dos casos de violência de gênero.

Escore sobre o manejo dos casos de violência de gênero	**Enfermeiros**	**%**	**Médicos**	**%**
Baixo (0 a 2 pontos)	02	4	07	4,1
Bom (3 a 4 pontos)	22	44	64	37,6
Alto (5 pontos)	26	52	99	58,2
Total	**50**	**100**	**170**	**100**

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. *p>0,05

A pontuação média dos enfermeiros foi 4,3 pontos e a dos médicos, 4,4 pontos. A maior parte dos enfermeiros (52%) e dos médicos (58,2%) acertaram todas as questões, demonstrando alto conhecimento sobre o manejo dos casos de violência.

Para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre o manejo dos casos em que há indício de violência contra a mulher, foram formuladas dez afirmações para as quais foi solicitado aos entrevistados que respondessem verdadeiro, falso ou não sei. Os dados estão apresentados na tabela 12; as respostas corretas foram destacadas em negrito.

Os profissionais acertaram menos questões nos casos de indício de violência de gênero do que nos casos de violência confirmada, descritos na tabela anterior: o percentual de acerto dos enfermeiros variou de 7,8% a 100%, e o dos médicos, de 5,3% a 97,1%.

A maioria dos profissionais entrevistados considerou correto recomendar terapia de casal (52,9% dos enfermeiros e 57,1% dos médicos) e psicoterapia (76,5% dos enfermeiros e 74,7% dos médicos) nos casos suspeitos de violência de gênero. 42 enfermeiros (82,4%) e 139 médicos (81,8%) também erraram a questão que recomendava aos profissionais recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde.

Os enfermeiros obtiveram um percentual de acertos significativamente maior do que os médicos na afirmação de que não se deve notificar a violência pelo caráter sigiloso da mesma (84,3% e 65,3% respectivamente, p=0,007), na questão que afirma que o profissional deve realizar a notificação compulsória (90,2% e 47,7% respectivamente, p=0,000) e naquela que recomenda fornecer número de telefone de abrigo e organizações que cuidam de mulheres na situação de violência (96,1% e 85,9% respectivamente, p=0,021).

Tabela 12. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo conhecimento sobre o manejo de violência de gênero quando há indício da mesma.

Quando há indícios de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo, o profissional: (itens b, g, h, j são verdadeiros)	**Verdadeiro**	**%**	**Falso**	**%**	**Não sei**	**%**	**p**	**Total (%)**
a) Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente								
Enfermeiro	03	5,9	**45**	**88,2**	03	5,9	*	100
Médico	25	14,7	**132**	**77,6**	13	7,6		100
b)Deve propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e para seus filhos								
Enfermeiro	**38**	**74,5**	09	17,6	04	7,8	*	100
Médico	**138**	**81,2**	21	12,3	11	6,5		100
c)Recomendar terapia de casal								
Enfermeiro	27	52,9	**12**	**23,5**	12	23,5	*	100
Médico	97	57,1	**49**	**28,8**	24	14,1		100
d) Deve ser indicada à psicoterapia								
Enfermeiro	39	76,5	**06**	**11,8**	06	11,8	*	100
Médico	127	74,7	**21**	**12,3**	22	12,9		100
e) Uma vez que a informação é sigilosa, não deve notificar o fato								
Enfermeiro	04	7,8	**43**	**84,4**	04	7,8	**0,007**	100
Médico	42	24,7	**111**	**65,3**	17	10		100
f)Sugerir que a paciente traga o parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde junto com ela para conversarem								
Enfermeiro	24	47,1	**19**	**37,3**	08	15,7	*	100
Médico	70	41,2	**78**	**45,9**	22	12,9		100
g) O profissional deve realizar a notificação compulsória								

Enfermeiro	**46**	**90,2**	02	3,9	03	5,9		100
Médico	**81**	**47,7**	58	34,1	31	18,2	**	100
h) Dar número de telefone de abrigo e organizações que cuidam de mulheres na situação de violência								
Enfermeiro	**49**	**96,1**	0	-	02	3.9		100
Médico	**146**	**85,9**	14	8,2	10	5,9	**0,021**	100
i) Recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde.								
Enfermeiro	42	82,3	**04**	**7,8**	05	9,8	*	100
Médico	139	81,8	**09**	**5,3**	22	12,9		100
j) Orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher								
Enfermeiro	**51**	**100**	0	-	0	-	*	100
Médico	**165**	**97,1**	04	2,3	01	0,59		100

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. *p>0,05 **P<0,01

O escore relativo ao conhecimento do profissional sobre manejo dos casos de indício de violência de gênero está representado na tabela 13. Para cada questão respondida corretamente, foi atribuído 1 ponto. Questões erradas não pontuavam, bem como no caso de o profissional não saber a resposta. Dessa maneira, o escore possível de ser obtido variou de 0 a 10 pontos. Foi classificado como baixo conhecimento o escore de 0 e 4 pontos; bom conhecimento variando entre 5 e 7 acertos e alto quando a pontuação foi maior ou igual a 8 pontos.

Tabela 13. Distribuição de médicos e enfermeiros das UBDS de Ribeirão Preto-SP, segundo escore obtido nas questões relacionadas ao conhecimento profissional sobre o manejo dos casos de indício de violência de gênero.

Escore do manejo em casos de indício de violência de gênero	**Enfermeiros**	**%**	**Médicos**	**%**	**p**
Baixo (0 a 4 pontos)	04	7,8	36	21,2	**0,038**
Bom (5 a 7 pontos)	42	82,4	125	73,5	*
Alto (8 a 10 pontos)	05	9,8	09	5,3	*
Total	**51**	**100**	**170**	**100**	

Fonte: Rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, 2008. *p>0,05

Podemos perceber na tabela acima que a maioria dos enfermeiros (42 profissionais, 82,4%) e dos médicos (125 profissionais, 73,5%) obteve uma pontuação variando entre 5 e 7 pontos, classificado como bom conhecimento do manejo quando há indício de violência de gênero. Um percentual significativamente maior de médicos (21,2%) do que de enfermeiros (7,8%) foi classificado como possuindo baixo conhecimento, com escore menor ou igual a 4 pontos (p=0,038).

5. Discussão

5. DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar e comparar o conhecimento, a percepção e a atitude dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto – SP acerca da violência de gênero.

As categorias profissionais envolvidas no estudo eram homogêneas em relação à cor/etnia, religião, estado marital, procedência e formação acadêmica. Nesse contexto, evidencia-se nos dois grupos a predominância de profissionais de cor branca ou asiática, católicos, casados ou morando com companheiro, procedentes da região Sudeste do País e com graduação em universidades públicas.

O grupo dos médicos era mais jovem, possuía menor tempo de experiência profissional e mais profissionais do sexo masculino em relação aos enfermeiros. Vieira et al. (2009)[2] em estudo realizado com médicos e enfermeiros identificou melhor conhecimento da definição de violência de gênero entre os profissionais com idade superior a 48 anos; no entanto, essa associação não foi mantida, quando os autores consideraram o conhecimento total sobre o tema.

Destaca-se dentro da caracterização da amostra a formação acadêmica dos profissionais: a maioria graduou-se em universidades públicas, possuía algum tipo de especialização e aproximadamente ¼ deles eram mestres ou doutores, o que demonstra que a rede básica de saúde de Ribeirão Preto conta com profissionais altamente graduados para o atendimento à população.

A literatura tem demonstrado que existe associação entre atitudes positivas em relação à violência de gênero e a especialidade do profissional. Estudo de Bryant e Spencer (2002) com enfermeiras americanas demonstrou que as especialistas em obstetrícia/ginecologia e em saúde da mulher investigavam e diagnosticavam melhor os casos de violência doméstica do que aquelas especialistas em saúde da família e do adulto; Gutmanis et al. (2007) encontraram a mesma associação no Canadá.

---

[2] Artigo enviado para publicação

5.1. Capacitação dos enfermeiros e médicos em violência de gênero

A análise dos dados relativos à capacitação profissional em violência de gênero demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas em relação às categorias profissionais.

A capacitação dos médicos ocorreu, na sua maioria, durante as aulas de graduação (p=0,013) e em cursos curriculares, enquanto os enfermeiros foram capacitados para o atendimento às vítimas de violência por meio de treinamentos no serviço de saúde (p=0,000) ou em treinamentos extracurriculares (p=0,028). A maioria dos médicos referiu não ter recebido treinamento nos serviços de saúde.

Os profissionais entrevistados consideram muito importante a capacitação em violência de gênero, tanto no serviço quanto durante a graduação, o que oferece indícios de que os mesmos têm interesse em aprender sobre o tema, concordando com os dados existentes na literatura (HÄGGBLOM; HALLBERG; MÖLLER, 2005; BESSETE; PETERSON, 2002; CANN et al., 2001).

A literatura tem demonstrado a carência de educação formal e treinamentos dos profissionais acerca do tema da violência de gênero (HAMBERGER, 2008; AKSAN; AKSU, 2007; AGOFF, 2006; HERRERA; PARK et. al., 2005; BESSETE; PETERSON, 2005; GOFF et al., 2003; CORBALLY, 2001; DAVIS; HARSH, 2001; WHAALEN et al., 2000; MOREIRA et al., 2008). Os percentuais de profissionais que receberam treinamento em violência de gênero encontrados na literatura variam em torno de 10% a 30% (HAGGBLOM; HALBERG; MOLLER, 2005; AKSAN; AKSU, 2007; EASTEL; EASTEL, 1992; CANN et al., 2001; VIEIRA; VICENTE, 2008; PELTZER; MASHEGO; MABEBA, 2003), ou seja, são menores do que os encontrados neste estudo (52,9% dos enfermeiros receberam capacitação no serviço de saúde e 55,9% dos médicos foram instruídos durante o curso de graduação).

Em relação aos enfermeiros, existe a recomendação da American Association of Colleges of Nursing (AACN, 1999) para que as instituições de ensino superior insiram no currículo – do bacharelado e de cursos de pós-graduação - informações teóricas e oportunidades de experiências clínicas acerca da violência doméstica para todos os estudantes, e estabelece os tópicos que deverão ser abordados no mesmo. Também o International Council of Nurses (ICN, 1996) assinou um documento no qual enfatiza a importância da educação formal e treinamento na área da violência de gênero.

No Brasil, o Conselho Nacional de Educação instituiu as bases curriculares nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem e Medicina, por meio das Resoluções CNE/CES

n. 03 e 04, respectivamente, datadas de 07 de novembro de 2001. Segundo os documentos, o profissional egresso deve ser (CNE/CNS n.03, pag.1; CNE/CNS n.04, pag. 1) “[...] capaz de intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes.”

Ainda que contido no parágrafo acima, o tema da violência contra a mulher não é abordado diretamente nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem e medicina; em não estando descrito nos documentos, muitas vezes não é incorporado aos currículos mínimos dos cursos superiores em questão e, apesar da obrigatoriedade da adoção das diretrizes, elas dão liberdade aos cursos para optarem pelos conteúdos a serem incluídos e respectivas cargas horárias.

Tão importante quanto discutir violência de gênero com estudantes de graduação é propiciar oportunidades para que os mesmos vivenciem na prática esse tipo de atendimento.

Estudo realizado com alunos do último ano do curso de medicina e médicos cursando o primeiro ano de residência em Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica ou Medicina Comunitária da FMRP-USP encontrou que 83% dos médicos referiram nunca ter atendido nenhum caso de violência de gênero durante a graduação; o mesmo estudo encontrou associação positiva entre esse tipo de atendimento e alto conhecimento em violência de gênero (VIEIRA; VICENTE, 2008).

Em relação à capacitação realizada nos serviços de saúde, há que se investigar o motivo pelo qual um percentual menor de médicos recebeu esse tipo de treinamento quando comparados aos enfermeiros que trabalham na mesma UBDS. Esse tipo de capacitação deve ser dirigida a todos os profissionais que trabalham na assistência à saúde da população, incluindo o pessoal técnico, visto que a literatura aponta a falta de capacitação e treinamento a respeito da violência de gênero como a principal barreira no atendimento às vítimas (WAALEN et. al., 2000; RODRIGUEZ-BOLANÕS; MARQUEZ-SERRANO; KAGEYAMA-ESCOBAR, 2005; DAVIS; HARSH, 2001).

Ainda em relação ao treinamento no serviço, estudo de Carbonell, Chez e Hassler (1995) apontou a educação continuada como o melhor método para aumentar a capacidade dos médicos e enfermeiros de identificar as mulheres em situação de violência.

Estudos internacionais utilizaram diversos métodos de treinamento em serviço para melhorar a capacitação dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero, incluindo workshops (SHEFET et al., 2007), treinamentos on-line (SHORT; SUPRENANT; HARRIS, 2006), cursos (ROBERTS et al., 1997; GADOMSKI et al., 2005) e implantação de protocolos

para o atendimento (SVAVARSDOTTIR; ORLIGSDOTTIR, 2009). Todos obtiveram bons resultados, com melhora em todas as instâncias do atendimento às mulheres em situação de violência.

Os dados apontam para a necessidade de incluir o ensino do tema da violência contra a mulher durante o curso de graduação para os enfermeiros de maneira sistematizada, aumentar a participação dos médicos nos treinamentos realizados nos serviços de saúde e criar oportunidades para que os estudantes vivenciem o atendimento à vítima de violência durante a graduação.

Woodtli (2000) realizou um estudo qualitativo nos Estados Unidos, para identificar quais os conhecimentos e habilidades essenciais para os enfermeiros prestarem um cuidado competente e sensível em violência de gênero. As entrevistas foram realizadas com enfermeiros especializados no atendimento às vítimas de violência por parceiro íntimo, e as habilidades e conhecimentos considerados essenciais foram: conhecimento do acesso, do manejo dos sintomas físicos e psicológicos, habilidade de comunicação, identificação e respeito às diferenças culturais, clareza de valores pessoais e profissionais e, por último, clareza de seu papel profissional e sua função na equipe.

Assim, a inclusão do ensino da violência doméstica nos cursos de graduação deve ter como meta, além de fornecer subsídios teórico-práticos para o atendimento às vítimas, desenvolver a capacidade dos estudantes para lidar com um tema que exige sensibilidade no manejo, clareza de seu papel profissional e habilidade na ciência de comunicar-se

5.2. Percepção dos enfermeiros e médicos acerca do fenômeno da violência de gênero

A percepção dos entrevistados acerca do fenômeno da violência de gênero foi avaliada por meio de questões que abordavam as crenças, os sentimentos e a visão dos profissionais acerca do tema.

Segundo o Relatório mundial sobre violência e saúde (OMS, 2002), o conforto do entrevistador e do entrevistado em falar sobre o tema da violência garante maior sucesso na revelação da agressão.

Não foi encontrada associação entre categoria profissional e incômodo ao inquirir a paciente sobre a ocorrência de violência de gênero.

De maneira geral, os profissionais demonstraram se sentir à vontade em conversar com a paciente sobre temas delicados, incluindo a violência doméstica. No entanto, este foi o tema sobre o qual mais profissionais se sentiram incomodados em indagar às pacientes: 39,2% dos

médicos e 31,8% dos enfermeiros. Em estudo semelhante realizado em Seattle, por Sugg et al. (1999), menos médicos (23,5%) e mais enfermeiros (50,7%) relataram incômodo ao abordar o assunto; Cann et al. (2001) encontrou índice de 44% de incômodo em uma amostra contendo médicos e enfermeiros do Reino Unido. Um estudo com médicos residentes americanos encontrou que apenas 21% deles se sentiam à vontade em conversar com a paciente sobre violência, sendo que as mulheres sentiam menos incômodo do que os homens (PARK et al., 2005).

Desconforto ao lidar com a violência doméstica não é incomum, particularmente se o profissional vivencia ou já vivenciou a violência no passado. A violência doméstica pode também trazer à tona emoções mal-resolvidas e conflitos individuais (DAVIS; HARSH, 2001), e os profissionais de saúde não estão isentos de sofrerem esse tipo de violência.

Em estudo realizado com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem na Nicarágua, 30,3% dos profissionais entrevistados referiram sofrer violência por parceiro íntimo. Também é conhecido pela literatura que a prevalência de violência de gênero contra enfermeiras é maior do que a prevalência entre as mulheres da população em geral (JANSSEN; BASSO; CONSTANZO, 1998; OLIVEIRA; D´OLIVEIRA, 2008; EARLY; WILLIAMS; ARBOR, 2002) e maior do que entre os médicos (GUTMANIS et al., 2007).

Esse fato pode ocasionar duas conseqüências distintas no atendimento à mulher vítima de violência doméstica: uma atitude empática por parte da enfermeira, seu envolvimento com o caso e empenho no seu encaminhamento ou uma atitude de distanciamento, devido ao receio de trazer à tona lembranças e sentimentos que poderiam causar sofrimento profundo. Early, Williams e Arbor (2002) encontraram em seu estudo que as enfermeiras vítimas de violência por parceiro íntimo direcionaram menos cuidados de enfermagem às mulheres em situação de violência doméstica do que às mulheres em outras situações de saúde.

Não conhecemos a prevalência de violência de gênero entre as enfermeiras entrevistadas; em nosso estudo, não houve diferença entre os sentimentos das duas categorias profissionais ao inquirir a paciente sobre situações violentas em casa.

Por parte das usuárias, é consenso que as mesmas desejam falar sobre a violência vivida - desde que em ambiente privativo, seguro, de maneira confidencial e sem julgamentos por parte do profissional (CHANG et al., 2004; SISLEY et al., 1999; HEISE, 1994) - e que sentem-se aliviadas após revelarem a violência sofrida (RODRIGUES, 2007; ROMITO; GERIN, 2002).

Os médicos se mostraram mais à vontade do que os enfermeiros em conversar sobre a vida sexual da paciente (p=0,048) e o uso de drogas ilícitas pela mesma (p=0,001). No estudo

de Sugg et al. (1999), os médicos também se sentiram mais à vontade para conversar com a paciente sobre uso de álcool, vida sexual e uso de armas de fogo em relação aos enfermeiros.

A maior facilidade em abordar os tópicos acima poderia ser justificada pela maneira como se dá a divisão do trabalho nos serviços de saúde de Ribeirão Preto: enquanto os enfermeiros se encarregam, além da assistência de enfermagem, de funções administrativas e burocráticas, o papel dos médicos inclui basicamente o atendimento a consultas individuais, devido principalmente à grande demanda da população por esse tipo de serviço. Sendo as informações sobre alcoolismo e o uso de drogas ilícitas imprescindíveis para se realizar um diagnóstico correto da situação de saúde da paciente, é esperado que esses profissionais desenvolvam maior habilidade e domínio para abordar esses assuntos.

É interessante notar que 13,7% dos enfermeiros e 10% dos médicos nunca inquiriram a paciente sobre possíveis situações de violência de gênero. Apesar de esses percentuais serem menores do que os existentes na literatura - de 23% a 32% (SUGG et al., 1999; HAGGBLOM; HALBERG; MOLLER, 2005; AKSAN; AKSU, 2007; GUTMANIS et al., 2007; MÉNDEZ-HERNANDEZ et al., 2003) - indicam que, para alguns profissionais, a investigação e diagnóstico de casos de violência por parceiro íntimo é algo absolutamente desnecessário.

Pesquisa realizada por Gutmanis et al (2007) no Canadá e estudo de Sugg et al. (1999) em Seattle encontraram um percentual estatisticamente significante maior de enfermeiros do que de médicos que revelaram nunca ter identificado um caso de violência de gênero. No nosso estudo, não encontramos essa associação.

Embora não seja a maioria, um percentual alto de enfermeiros (20%) e médicos (34%) acredita que a paciente que vive em situação de violência tenha alguma vantagem e por isso permaneça nessa situação. O percentual de enfermeiros com essa crença encontrado na literatura é em torno de 2,8% (BESSETE; PETERSON, 2002) e o de médicos, 19% (SUGG et al., 1999).

Os dados acima demonstram a desvalorização cultural do feminino e os preconceitos de gênero existentes em nossa sociedade. Estudo de Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006) com profissionais de saúde do Rio de Janeiro corroboram com a tese de que a percepção cultural de estereótipos vem solidificando percepções sexistas e reducionistas contra as mulheres. Ainda em relação aos estereótipos e preconceitos relacionados à violência doméstica, Sisley et al. (1998) relacionam sua perpetuação no atendimento às mulheres ao treinamento inadequado dos profissionais de saúde.

Segundo Schraiber e D´Oliveira (1999), “uma situação que afeta de 20 a 50% das mulheres não pode ser objeto de estigmatização ou vergonha e o receio dos profissionais em abordar o assunto muitas vezes expressa um julgamento moral próprio, e não um constrangimento em expor a situação por parte das usuárias”. O profissional deve ser capaz de prestar um atendimento adequado à paciente, independente de suas crenças pessoais ou idéias pré-concebidas.

Quando os profissionais se encontram diante de casos em que há suspeita de violência de gênero, a maioria dos médicos (74,5%) e enfermeiros (68,2%) tende a infantilizar a vítima, o que demonstram concordando com a afirmação que seu papel em caso de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenham para crianças vitimizadas. Nossos dados estão de acordo com estudo semelhante realizado na África, no qual 78,1% dos médicos responderam que as duas situações devam ser tratadas de maneira semelhante (PELTZER; MASHEGO; MABEBA, 2003).

Conforme defendido por Schraiber e D´Oliveira (1999, p.15) “os sujeitos dependentes, sempre infantilizados como sujeitos sociais, precisam de eterna vigilância e educação rigorosa [...]”. Dessa forma, desenvolver papéis iguais para o atendimento de mulheres e crianças é considerar que a mulher é ainda um sujeito em formação, dependente, e que precisa de um “tutor” para tomar decisões e ações que ela, por si só, seria incapaz de realizar.

Os médicos entrevistados acreditam que a agressão à mulher por seu marido deva ser tratada como um problema médico, enquanto que os enfermeiros não concordam com essa afirmação (p=0,000). Conforme discorrem D'Oliveira e Schraiber (1999), os profissionais de saúde tendem a reconhecer a violência doméstica como fazendo parte da esfera da justiça e da segurança pública, sendo o setor saúde responsável apenas por tratar as lesões físicas.

O fato de a violência de gênero fazer parte da grade curricular do curso de graduação da maioria dos médicos entrevistados pode explicar a clareza de seu papel profissional frente à violência contra a mulher. Ainda assim, o percentual de médicos que concordaram com a afirmativa supracitada neste estudo (72,9%) é menor do que o encontrado na literatura – por volta de 90% (PELTZER; MASHEGO, 2003; AKSAN, AKSU, 2007; VIEIRA; VICENTE, 2008). Os enfermeiros entrevistados por Aksan e Aksu (2007) também concordaram que a violência por parceiro íntimo deva ser tratada como um problema médico, ao contrário dos nossos resultados.

Pesquisa de Vieira e Vicente (2008) com médicos e residentes de Ribeirão Preto encontrou que acreditar ser papel do médico perguntar sobre violência de gênero foi associado ao maior conhecimento sobre o tema.

Não considerar a violência doméstica como um problema médico significa ferir os princípios éticos da beneficência e não-maleficência. Beneficência porque, ao diagnosticar e atuar no sentido de ajudar a vítima a libertar-se da violência, evita-se a continuidade e agravamento do caso e beneficia-se a paciente. O princípio da não-maleficência também é aplicável, porque a falha em diagnosticá-la causa dano à vítima (SISLEY et al., 1999).

As crenças sobre os fatores que podem ser causas da violência não diferiram entre as duas categorias profissionais: médicos e enfermeiros acreditam que fatores externos, como abuso de álcool/drogas e desemprego, bem como os problemas psicológicos do marido – e não da vítima - podem causar os atos violentos.

Nossos resultados são semelhantes aos encontrados entre médicos da África do Sul, com exceção dos médicos que atribuem a violência aos problemas psicológicos da vítima - 59% dos médicos africanos contra 21,6% dos médicos entrevistados neste estudo (PELTZER; MASHEGO; MABEBA, 2003). Entre os enfermeiros, o percentual de profissionais que acreditam que a violência de gênero é causada pelo uso de álcool e drogas pelo parceiro íntimo em nosso estudo (94,1%) é maior do que o encontrado entre enfermeiros da Finlândia, sendo este último 62% (HAGGBLOM; HALLBERG; MOLLER, 2005).

Sabe-se que fatores como o uso de álcool/drogas, desemprego e problemas psicológicos muitas vezes propicia o ato violento, como foi demonstrado no estudo de Marinheiro, Vieira e Souza (2006): das mulheres cujos maridos eram usuários de drogas, 80% foram vítimas de algum tipo de violência, contra 44,6% das mulheres cujos maridos não faziam uso. No entanto, o uso de drogas, álcool e desemprego não podem ser considerados como sendo os causadores da violência de gênero; o homem agride sóbrio ou alcoolizado, e muitas vezes o álcool é utilizado como desculpa para o comportamento violento (Monteiro et al., 2006).

As afirmativas que enfatizavam a dominação do masculino na sociedade - como a que trata do possível masoquismo feminino, a que justifica a agressão do marido à esposa se aquele tiver sido realmente provocado e aquela que diz que os maridos agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados - foram negadas por cerca de 90% dos entrevistados, em ambas as categorias profissionais. Para 92% das enfermeiras americanas participantes do estudo de Bessete e Peterson (2002), não há justificativa para a violência de gênero, percentual semelhante ao encontrado neste estudo.

Comparando nossos dados com o estudo realizado na África do Sul (PELTZER; MASHEGO; MABEBA, 2003), percebemos que o preconceito de gênero é maior entre os médicos africanos: 20,8% deles concordaram que os maridos agressores deveriam receber

compaixão e 26,7% acreditam que a permanência da mulher em situação de violência deve-se a seu masoquismo.

Esses estereótipos interferem na maneira como a sociedade reage às denúncias (ACOSTA, 2002), podendo inclusive aumentar a dificuldade das mulheres em situação de violência em denunciar os abusos de que são vitimas, dado o temor de ser desprezada pelas pessoas que a cercam.

A violência contra mulher encontra “justificativa” em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que reforçam uma valorização diferenciada para os papéis masculino e feminino. O que muda de país para país são as razões alegadas para aprovar esse tipo de violência (REDESAUDE, 1999).

Em um estudo recente realizado na Turquia, onde a dominação masculina na sociedade é mais evidente, 72,5% dos enfermeiros e 67% dos médicos declararam que a violência é justificável em várias situações, entre elas: mentir para o marido, desobedecê-lo, falar demais, criticar o comportamento masculino, ter ciúmes do mesmo, apontar seus defeitos, não cumprir promessa, recusar-se a manter relação sexual e falhar no cuidado com os filhos (AKSAN; AKSU, 2007). Esses achados explicitam a dimensão dos papéis de gênero nas relações sociais, naturalizada na fala dos profissionais de saúde em uma sociedade patriarcal e militarizada.

Embora os profissionais entrevistados em nosso estudo tenham demonstrado uma postura positiva em relação às diferenças de gênero, é necessário um estudo com uma abordagem metodológica que permita maior aprofundamento das falas dos profissionais. Em estudo qualitativo com ginecologistas que atendem nas UBS de Ribeirão Preto, Ferrante (2008) encontrou que, ainda que reconheçam as conquistas femininas na sociedade, esses profissionais permanecem ainda presos a um modelo machista, atribuindo a manutenção desse modelo às próprias mulheres.

Os entrevistados demonstraram conhecimento da legislação que coíbe a violência contra a mulher no país: 76,5% dos enfermeiros e 74,7% dos médicos concordaram que os agressores deveriam ser presos pela agressão. Esses percentuais são maiores do que os encontrados na literatura, os quais variam de 26% a 54,8% (PELTZER; MASHEGO; MABEBA, 2003; BESSETE; PETERSON, 2002; CANN et al., 2001), possivelmente devido à promulgação recente da Lei Maria da Penha, a qual estabelece a pena de prisão para os agressores (BRASIL, 2006a).

A maior parte dos médicos e enfermeiros entrevistados em nosso estudo entende que a violência de gênero extrapola as questões da individualidade e da privacidade, tornando-se um

problema de saúde pública, pela dimensão que ocupa nas relações sociais: a crença de que a violência é assunto de fórum íntimo e privado foi negada por 90,2% dos enfermeiros e 80% dos médicos entrevistados. No entanto, 3 enfermeiros (5,9%) e 26 médicos (15,3%) consideraram a afirmativa verdadeira; essa diferença não é estatisticamente significativa.

O percentual de médicos entrevistados neste estudo que responderam que a violência possui caráter íntimo e privado foi maior do que o encontrado entre médicos africanos: 15,3% e 3,2% respectivamente (PELTZER; MASHEGO; MABEBA, 2003). Por outro lado, nossos índices são muito menores do que os obtidos por Aksan e Aksu (2007) na Turquia, onde 71,8% das enfermeiras e 56,8% dos médicos concordaram que intervir na violência doméstica é intervir na privacidade da família, menores do que os encontrados entre médicos mexicanos (26%) (MÉNDEZ-HERNANDEZ et al., 2003) e semelhantes aos dados de Sugg et al., (1999).

Entender a violência doméstica como um evento de caráter privado e íntimo significa não reconhecê-la como parte de seu campo de atuação e, consequentemente, não agir no sentido de preveni-la, identificá-la ou combatê-la.

Dito isto, passaremos à discussão dos resultados relativos ao conhecimento dos profissionais a respeito da violência por parceiro íntimo.

5.3. Conhecimento I: Conceitos de violência, sua epidemiologia e identificação

Ambas as categorias profissionais demonstraram bom conhecimento sobre a definição de violência, sendo que os médicos acertaram em média 4,35 dos 5 pontos possíveis de serem obtidos, e os enfermeiros, 4,28 pontos. Não foi encontrada diferença significativa no conhecimento da definição de violência de gênero, ao contrário do estudo de Aksan e Aksu (2007), no qual o alto conhecimento foi relacionado ao sexo feminino e à profissão de enfermeiro.

Por outro lado, os profissionais entrevistados demonstraram desconhecer a epidemiologia da violência de gênero, principalmente aquela relacionada aos serviços de pré-natal, assim como no estudo de Vieira e Vicente (2008). Os enfermeiros demonstraram menor conhecimento da epidemiologia da violência de gênero nos serviços de pré-natal do que os médicos ($p=0,015$). Entre os 4 pontos possíveis de serem obtidos, o escore obtido pelos enfermeiros foi 0,41 pontos, e pelos médicos, 0,65 pontos, ambos sendo caracterizados como muito baixo conhecimento.

Estudo de Rodrigues (2007) com puérperas em uma maternidade pública de Ribeirão Preto encontrou índice de violência por parceiro íntimo de 19,6% durante a última gestação; essas puérperas freqüentaram o pré-natal na rede básica de saúde do Município e muitas delas possivelmente foram atendidas durante as consultas pelos profissionais entrevistados neste estudo; no entanto, apenas 13,7% dos enfermeiros e 17,1% dos médicos responderam corretamente à afirmativa sobre a epidemiologia da violência por parceiro íntimo durante o pré-natal.

O fato de, na maioria das unidades de saúde de Ribeirão Preto, o médico ser o único responsável pela realização das consultas de pré-natal poderia explicar em parte essa diferença no conhecimento. No entanto, os enfermeiros têm a oportunidade de manter contato com as gestantes durante todo o ciclo gravídico puerperal por meio de grupos de orientação e visitas domiciliares. Esses encontros poderiam constituir-se em espaços privilegiados de aproximação, escuta e, possivelmente, revelação de episódios violentos com o parceiro íntimo.

O desconhecimento da epidemiologia e da morbimortalidade da violência de gênero por parte dos profissionais sugere a invisibilidade da mesma nos serviços de saúde de Ribeirão Preto. Marinheiro, Vieira e Souza (2006) também encontraram dados sugestivos dessa invisibilidade em uma UBDS do mesmo município.

Os profissionais entrevistados têm consciência de que perguntar sobre situações de violência é seu papel profissional - 94% dos enfermeiros e 86,5% dos médicos concordaram com essa afirmação. Estudo de Vieira et al. (2009)[3] encontrou associação positiva entre sexo feminino e melhor percepção do papel profissional.

Os médicos e enfermeiros participantes do estudo demonstraram conhecer os principais sinais e sintomas apresentados pela mulher que vive em situação de violência doméstica. Os mais citados foram: depressão, ferimentos que não se explicam, insônia, queixas vagas, crônicas e sem causa física aparente, distúrbio neuro-vegetativo, agitação, dor pélvica crônica e infecção urinária crônica. Estes achados estão de acordo com os sintomas descritos na literatura (HEISE, 1994; GIFFIN, 1994; ELLSBERG, 2006; DAY et al., 2003; CAMPBELL, 2002; PELTZER, MASHEGO, MABEBA, 2003; SUGG et al., 1999); Heise (1994) cita ainda hipertensão arterial crônica e asma; Giffin (1994) acrescenta ao sintomas mencionados distúrbios alimentares e doenças cardíacas e Campbell (2002) cita tendências suicidas e supressão do sistema imunológico, ocasionando infecções oportunistas.

---

[3] Artigo enviado para publicação.

A identificação da violência pelos sinais e sintomas apresentados não diferiu entre as categorias profissionais, assim como em estudo na Nicarágua (RODRIGUEZ-BOLANHÕS; SERRANO; ESCOBAR, 2005).

Nossos dados são semelhantes aos encontrados por Vieira e Vicente (2008) no mesmo Município onde se deu essa pesquisa: os profissionais possuem bom conhecimento da definição da violência de gênero, mas desconhecem a epidemiologia e o índice de morbimortalidade da mesma, sendo que no nosso estudo os enfermeiros demonstraram menor conhecimento da epidemiologia e morbimortalidade da violência doméstica em relação aos médicos.

5.4. Conhecimento II: revelação da violência de gênero

O sucesso no reconhecimento da violência doméstica depende, dentre outras coisas, do modo pelo qual as questões são formuladas às pacientes e recebidas pelos profissionais de saúde (OMS, 2002).

Os enfermeiros demonstraram conhecer melhor as condutas que facilitam a revelação da violência pela vítima do que os médicos (p=0,041), apesar de ambas as categorias profissionais possuírem bom conhecimento, com escore médio de 3,37 pontos para os médicos e 3,53 pontos para os enfermeiros, dentre os 5 pontos possíveis de serem obtidos.

Identificar a violência depende da mobilização de recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade para ouvir o outro. Segundo Schraiber e D´Oliveira (1993), o enfermeiro é um profissional com alguma experiência com a escuta de problemas que não são necessariamente biomédicos; essa é uma explicação plausível para o melhor conhecimento desses profissionais sobre as condutas que facilitam a revelação da violência pela vítima.

Há uma aparente preferência por uma abordagem menos incisiva da paciente em relação à violência por parte dos entrevistados, concordando o estudo de Cann et al. (2001). Pesquisa realizada com médicos e enfermeiros da Nicarágua encontrou que esses profissionais inquirem a paciente sobre violência somente quando há suspeita que a mesma esteja ocorrendo (RODRIGUEZ-BOLANÕS; SERRANO; ESCOBAR, 2005). Segundos achados de Méndez-Hernandez et al. (2003), 70% dos médicos entrevistados no México acreditam que é a mulher quem deve dar indícios de que está sendo maltratada.

Confirmando os mesmos resultados, 35% dos enfermeiros entrevistados na Finlândia referiram que "algumas vezes" perguntam à paciente se a mesma sofre abuso, 15% perguntam frequentemente e 25% o fazem sempre (HÄGGBLOM; HALLBERG; MÖLLER et al., 2005).

No nosso estudo, os médicos e enfermeiros tendem a abordar a vítima de maneira indireta e não insistir nas perguntas, o que demonstram discordando de que o profissional deva abordar diretamente a paciente e perguntar insistentemente se a mesma vive situações violentas em casa.. Por outro lado, consideraram correta a atitude de contextualizar a violência e explicar o motivo do questionamento e discordaram em evitar abordar o assunto.

As respostas obtidas foram diferentes entre as categorias profissionais apenas em relação a inquirir à vítima sobre possíveis problemas de alcoolismo em casa, relacionando-os com episódios violentos: um percentual maior de médicos discordou dessa abordagem (p=0,028). Considerando que o abuso de álcool pelo companheiro é fator de risco para a violência doméstica, essa pode ser uma forma de abordagem válida, especialmente nas situações em que o profissional de saúde e/ou a paciente não se sentem à vontade para conversar sobre o tema.

Estudo realizado por Hegarty e Taft (2001) encontrou que as mulheres em situação de violência preferem ser inquiridas sobre a violência sofrida de forma direta; o relatório mundial sobre violência e saúde recomenda a adoção de perguntas diretas na abordagem à mulher em situação de violência (OMS, 2002). Segundo o manual de enfrentamento da violência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c), perguntas diretas e indiretas podem ser úteis na abordagem da paciente; o importante é estar atento aos sinais não verbais emitidos pela vítima e individualizar o atendimento baseado em cada caso.

5.5. Conhecimento III: manejo dos casos de violência de gênero

Ambas as categorias profissionais demonstraram possuir melhor conhecimento do manejo dos casos em que a violência é confirmada - tendo obtido alto conhecimento nesse quesito - do que dos casos suspeitos em que obtiveram a classificação de bom conhecimento. Ou seja, os profissionais sabem lidar melhor com os casos já diagnosticados de violência do que com aqueles em que a mesma é ainda um indício.

Em relação ao manejo dos casos confirmados, o percentual de enfermeiros que desconhece se é correto prescrever calmantes/antidepressivos para a vítima de violência (11,8%) foi maior do que o de médicos (2,9%, p=0,04).

No nosso estudo, o percentual de médicos entrevistados que discordaram em prescrever antidepressivos/calmantes para as vítimas de violência de gênero (81,8%) foi maior do que o encontrado na África do Sul (70,3%) (PELTZER; MASHEGO; MABEBA,

2003), e semelhante ao encontrado em outro estudo realizado no mesmo Município da nossa pesquisa (VIEIRA; VICENTE, 2008).

Ainda que a prescrição desses medicamentos seja de competência médica exclusiva, responder corretamente à referida questão independe do conhecimento da farmacologia dessas drogas; a prescrição de calmantes/antidepressivos para a mulher conseguir lidar com os problemas que tem em casa, conforme narra a questão, acaba atribuindo à vítima a responsabilidade pela agressão sofrida, e reduz o problema vivido à esfera puramente biológica, o qual se deve tratar com comprimidos.

Outro aspecto importante a ser considerado é o aumento da vulnerabilidade a que as mulheres ficam expostas, uma vez que sua capacidade de reação a episódios de violência diminui face aos efeitos das drogas antidepressivas/calmantes.

Assim, fere-se novamente o princípio ético da não-maleficência, uma vez que a situação de violência tende a agravar-se, com aumento tanto na frequência como na intensidade dos episódios no decorrer do tempo.

Os médicos também tendem a avaliar juntamente com a paciente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência vivida mais do que os enfermeiros (p=0,014). Essa atitude positiva por parte dos médicos é recomendada, demonstrando envolvimento e compromisso na resolução do problema.

Quanto aos casos em que há indício de violência de gênero, um percentual maior de médicos (21,2%) do que de enfermeiros (7,8%) obteve pontuação menor ou igual a 4 pontos, classificado como baixo conhecimento (p=0,038), ou seja, os enfermeiros apresentaram atitudes mais positivas do que os médicos entrevistados quando a situação de violência ainda não é confirmada, o que pode caracterizar que os enfermeiros estão mais atentos aos sinais não-verbais e às características veladas das situações violentas.

Assim como em no estudo de Vieira e Vicente (2008), em que profissionais e alunos do curso de medicina entrevistados demonstraram desconhecer aspectos importantes das relações violentas, nossos entrevistados julgaram como sendo correta a opção de recomendar que as vítimas recorram à terapia de casal e psicoterapia. Essa atitude biologicista dá a entender que a violência é uma situação “normal” entre os casais e que deve ser resolvida na esfera íntima e privada.

Os enfermeiros obtiveram um percentual de acertos significativamente maior do que os médicos em questões relacionadas à tomada de condutas administrativas e de integração com outros serviços, como na afirmação de que não se deve notificar a violência pelo caráter sigiloso da mesma (p=0,007), na questão que afirma que o profissional deve realizar a

notificação compulsória (p=0,000) e naquela que recomenda fornecer número de telefone de abrigo e organizações que cuidam de mulheres na situação de violência (p=0,021). Em estudo envolvendo enfermeiros da Finlândia, Hagbloom, Hallberg e Moller (2005) também encontraram o papel do enfermeiro relacionado às questões administrativas. Corroborando com os resultados de nosso estudo, Vieira e Vicente (2008) encontraram que os médicos entrevistados não sabiam dar encaminhamentos aos casos de violência, especialmente quando dependiam de informações relacionadas ao funcionamento de instituições de apoio e de referência às mulheres em situação de violência.

Conforme já dito anteriormente, o papel desempenhado pelos enfermeiros nas UBDS de Ribeirão Preto é voltado, em geral, para as questões administrativas, burocráticas e de relações interinstitucionais, enquanto o profissional médico mantém-se direcionado aos atendimentos individuais, muitas vezes não conhecendo o funcionamento da estrutura organizacional dos serviços e sua rede de relações. Dessa maneira, desconhece muitas vezes questões e providências importantes para o encaminhamento dos casos de violência doméstica.

A divisão do trabalho que se dá entre as diversas categorias profissionais no dia a dia dos serviços de saúde é necessária para que a assistência seja prestada com eficiência, resolutividade, integralidade e longitudinalidade, uma vez que as relações entre os prestadores dos serviços – médicos e enfermeiros – e seus consumidores – usuários - são bastante complexas. O papel dos médicos e enfermeiros - assim como o de toda a equipe envolvida na atenção à mulher em situação de violência – deve ser complementar, no intuito de formar e fortalecer as redes integradas de atendimento à mulher nessa situação delicada.

Por fim, ressaltamos que, sendo os médicos e enfermeiros os profissionais que primeiro entram em contato com as vítimas, cabe a eles a responsabilidade de diagnosticar os casos e tomar condutas no sentido de ajudar as mulheres na busca de soluções para o problema. No entanto, não cabe privativamente aos profissionais de saúde a eliminação da violência de gênero na sociedade, uma vez que a mesma é um fenômeno complexo que envolve vários outros setores, como a segurança pública, a assistência social, educação, assistência jurídica, entre outros.

É necessário que todos os envolvidos no atendimento às mulheres em situação de violêcia aprendam a trabalhar baseados nos pressupostos da interdisciplinaridade, a qual, segundo D´Oliveira e Schraiber (1999) “implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo”.

6. Conclusão

6. CONCLUSÃO

Para os médicos e enfermeiros que atendem nas UBDS de Ribeirão Preto-SP, os resultados deste estudo permitiram concluir que:

- Entre os enfermeiros, a maioria (64%) não teve aula específica/palestra sobre violência de gênero durante a graduação, mas participaram de treinamento em serviço sobre o tema (52,9%). Entre os médicos, o tema foi abordado em aulas/palestras durante a graduação (55,9%), mas não participaram de treinamento em serviço (80%).

- Apesar de não se sentirem incomodados em inquirir a paciente sobre temas delicados, a violência de gênero ainda é o tema sobre o qual os profissionais se sentem menos à vontade ao perguntar, sendo que os médicos têm mais facilidade do que os enfermeiros em tratar de assuntos como a vida sexual da paciente e uso de drogas ilícitas pela mesma;

- Médicos e enfermeiros tendem a infantilizar a mulher em situação de violência;

- Os médicos (72,9%) concordam que a violência de gênero deva ser tratada como um problema médico, ao contrário dos enfermeiros: 54,9% discordam dessa afirmação.

- Médicos e enfermeiros acreditam que a violência possa ser causada por fatores externos, como desemprego e uso abusivo de álcool e drogas, pelos problemas psicológicos do marido, e não da vítima, discordam que a agressão da mulher pelo companheiro seja justificável e concordam com a prisão do agressor. Ambas as categorias acreditam que a violência de gênero não é assunto de foro íntimo e privado.

- Médicos e enfermeiros possuem alto conhecimento sobre a definição da violência de gênero, mas desconhecem a epidemiologia da mesma, principalmente nos serviços de pré-natal. Nesse último, o conhecimento dos enfermeiros foi menor do que o dos médicos;

- Os profissionais reconhecem que investigar a violência de gênero faz parte de seu papel profissional e sabem identificar os sinais e sintomas apresentados pela mulher violentada;

- Os enfermeiros demonstraram melhor conhecimento sobre as condutas que favorecem a revelação da violência pela vítima, embora ambas as categorias profissionais possuam bom conhecimento nesse quesito;

- Em relação ao manejo dos casos confirmados de violência de gênero, médicos e enfermeiros demonstraram alto conhecimento, sendo que mais enfermeiros não souberam responder se é correto prescrever calmantes/antidepressivos para a vítima de violência lidar com seus problemas e mais médicos concordaram em discutir com a cliente os riscos que a mesma corre, de acordo com o tipo de agressão e resultados da violência.

- Os profissionais demonstraram melhor conhecimento nos casos em que a violência é confirmada do que naqueles casos em que há apenas indício da mesma.

- Em relação aos casos em que há indício de violência doméstica, o conhecimento apresentado por médicos e enfermeiros foi classificado como bom, sendo que mais médicos do que enfermeiros apresentaram baixo conhecimento.

- A maioria dos profissionais demonstrou desconhecer aspectos importantes da violência de gênero, julgando correto recomendar terapia de casal e psicoterapia nos casos suspeitos de violência.

- Os enfermeiros obtiveram um percentual de acertos maior de que o de médicos nas questões relacionadas à tomada de condutas administrativas e de integração com outros serviços, como nas que tratavam de notificação compulsória dos casos e na que trata de referenciar a organizações e abrigos que cuidam de mulheres em situação de violência.

7. Considerações finais e recomendações

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES DESSE ESTUDO

Como recomendações desse estudo, chamamos atenção para a necessidade de implementar ações de prevenção e combate à violência doméstica em Ribeirão Preto, tais como:

- Incluir na formação acadêmica dos profissionais de saúde – tanto médicos como enfermeiros – de maneira sistemática, o estudo da violência de gênero, atentando para toda a complexidade que envolve o tema;

- Capacitar os profissionais que atuam nas UBDS para o atendimento dos casos de violência doméstica, por meio de treinamentos que incluam, além da teoria, a sensibilização dos mesmos sobre o tema e reflexão sobre os papéis de gênero, dando suporte psicológico em casos de eventuais necessidades;

- Atuar, no sentido de desenvolver nos profissionais que atendem as mulheres em situação de violência, a atitude terapêutica do saber ouvir;

- Reforçar o vínculo entre as universidades e os serviços de saúde, para que haja coerência entre o ensino e a assistência em relação ao tema;

- Garantir aos estudantes oportunidades de participar dos atendimentos às mulheres em situação de violência durante o curso de graduação;

- Trabalhar, no sentido de formar redes integradas de atendimento em violência de gênero, com inclusão dos setores da saúde, da segurança pública, da justiça, dos direitos humanos, assistência social e educação. O objetivo da rede é alcançar a máxima resolutividade no atendimento às mulheres em situação de violência, com o mínimo de exposição e o máximo de segurança e privacidade às mulheres.

Finalmente, há muito a fazer em prol da saúde da mulher. Leia-se, aqui, saúde integral, completa, com pleno direito à qualidade de vida, sem violência.

Pela complexidade do tema, há que se atuar, além da educação e capacitação dos profissionais de saúde e de toda a rede envolvida no atendimento às mulheres em situação de

violência, na transformação cultural da sociedade como um todo e no emponderamento das mulheres, visando desenvolver nas mesmas a competência para reconhecer-se como cidadã e exercer seus direitos como tal.

Todavia, para modificar crenças e culturas arraigadas na sociedade há milênios, é preciso introduzir um novo modo de ensinar meninos e meninas desde a pré-escola até a pós-graduação, deixando de lado posturas machistas e preconceituosas e incentivando o respeito ao ser humano.

Os desafios são grandes, mas também são grandes as oportunidades de transformar a realidade que se apresenta. Há diversos instrumentos que orientam os profissionais sobre o atendimento dos casos de violência e que poderiam produzir resultados mais positivos se atuassem integrados, de modo estrutural, e não isolados. Além disso, dentre os 400 serviços apontados pelo Ministério da Saúde como referência no atendimento às mulheres em situação de violência, 8 se encontram em Ribeirão Preto, o que demonstra o enorme potencial do Município para colocar em ação uma intervenção realmente eficaz no combate e prevenção da violência de gênero.

E quem sabe, a célebre “estória” inventada por Mário Lago e imortalizada por Ataulfo Alves, no carnaval de 1942, da “Amélia, a mulher de verdade”, que “não tinha a menor vaidade” e “achava bonito não ter o que comer”, se transforme, em Ribeirão Preto e no mundo, em uma peça do folclore popular de velhos tempos.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS[4]

ACOSTA, M.L. Collecting evidence for domestic and sexual assault: highlighting violence against women in health care system interventions. **International Journal of Gynecology and Obstetric**, v. 78, p.99-104, 2002. Suplemento 1.

AKSAN, H.A.D.; AKSU, F. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate violence partner. **BMC Public Health**, Reino Unido, v.7, p.350-360, 2007.

AMERICAN ASSOCIATION of COLLEGES of NURSING (AACN). AACN Position Statement. March 1999. Violence as a Public Health Problem. http://www.aacn.nche.edu/Publications/positions/violence.htm. Acesso em 03/12/2008.

BARALDI, A.C.P. et al. O uso da analgesia peridural em obstetrícia: uma metanálise. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, p.64-71, 2007ª.

BARALDI, A.C.P. et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, p.799-805, 2007b.

BARSTED, L.L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: Berquó E (org). **Sexo & Vida – Panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas: Unicamp, 2003. p.79-94.

BESSETE, H.D.; PETERSON, S.S. Attitudes of adult nurse practitioner students toward women experiencing domestic violence. **Journal of Nursing Education**, v.41, n.5, p.227-231, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de nov. de 2003. Seção1, p.11.

---

[4] De acordo com:
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências:elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Lei n. 10.886 de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei n. 2.848 de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência doméstica". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de jun. de 2004a. p.1.

BRASIL. Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8 do art. 226 da Constituição Federal, da convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres e da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação de juizados de violência domestica e familiar contra a mulher; altera o código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de ago. de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2.ed. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual – matriz pedagógica para a formação de redes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a mulher – orientações práticas para profissionais e voluntários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Participação do Brasil na 19ª Sessão do Comitê a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRYANT, S.A., SPENCER, G.A. Domestic Violence: what do nurse pratictioner think? **Journal of American Nursing Practioner**, v.14, n.9, p.421-427, 2002.

CAMPBELL, J.C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, v. 359, n.13, p.1331-1336, 2002.

CANN, K., et al. Domestic violence: a comparative surveyof levels of detection, knowledge, and attitudes in health care workers. **Public Health** , v.115, p.89-95, 2001.

CARBONEL, J.L.; CHEZ, R.A.; HASSLER, R.S. Florida Physician and nurse education and pratice related to domestic violence. **Women´s Health Issues**, v.5, n.4, p.203-207, 1995.

CARREIRA, D.; PANDJIARJIAN, V. **Vem pra roda! Vem pra rede!: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher**. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.

CAVALCANTI, L.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** , v. 22, n.1, p31-39, 2006.

CONGRESSO EM FOCO. Obstáculos para a Lei Maria da Penha Disponível em: http://www.inesc.org.br/noticias/noticiasgerais/2008/fevereiro/obstaculos-para-a-lei-maria-da-penha/. Acesso em: 07 julho 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n° 1246 de 08 de janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=240&tipo=RESOLU%C7%C30&órgão=Conselho%20Federal%20de%Medicina&numero=1246. Acesso em: 31 março 2007.

CORBALLY, M.A. Factors affecting nurse´s attitudes towards the screening and care of battered in Dublin A&E Departments: a literature review. **ACC Emerging Nurse**, v.9, p.27-37, 2001.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: Pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó E (org). **Sexo & Vida – Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2003.p.17-78.

DAVIS, R.E.; HARSH, K.E. Confronting barriers to universal screening for domestic violence**. Journal of Professional Nursing**, v.17, n.6, p.313-320, 2001.

DAY, V.P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, v.25, p.9-21, 2003. Suplemento 1.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação dos profissionais. In: **Jornal da Redesaúde**, p.4-7, novembro 1999.

EARLY, M.R.; WILLIAMS, R.A.; ARBOR, A. Emergency nurses' experience with violence: does it affect nursing care of battered women? **Journal of Emergency Nurse**, v.28, p.199-204, 2002.

EASTEAL, P. W.; EASTEAL, S. Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an australian study. **Violence and Victims**, v.7, n.3,p.217–228,1992.

ELLSBERG, M. et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **The Lancet**, v.371, p.1165–72,2008.

ELLSBERG, M. Violence against women and the millennium development goals. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.94, p.325-332, 2006.

FERRANTE, F. G. **Violência contra a mulher: a percepção dos médicos das unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2008. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (FNUAP). Conselho Nacional de População e desenvolvimento. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Brasília, s.d.

FREEDBERG, P. Integrating forensic nursing into the curriculum. **Journal of Nursing Education**, v.47, n.5, p.201-207,2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. A mulher brasileira nos espaços público e privado. Disponível em: http://www2.fpa.org.br/portal/modules/wfdownloads/index.php. Acesso em: 12 junho 2008.

GADOMSKI, A. et al. Changes in health care providers´ knowledge, attitudes, beliefs and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. **Academic Medicine**,v.76, n.10, p.1045-1052, 2001.

GARCIA-MORENO, C. et al. Violence against women. **Science**, v.310, p.282-283, 2005.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, p. 146-155, 1994. Suplemento 1.

GOFF, H.W. et al. Preparedness of health care practitioners o screen women for domestic violence in a border community. **Health Care Women International**, v.24, p.135–148, 2003.

GRESSLER, L.A. **Introdução à pesquisa, projetos e relatórios**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.46, p.1417-1432,1993.

GUTMANIS, I. et al. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. **BMC Public Health**, v.7, p.12, 2007.

HÄGGBLOM, A.M.E.; HALLBERG, L.R.M.; MÖLLER, A.R. Nurses' attitudes and practices towards abused women. **NHS**, v.7, p.235-242, 2005.

HAMBERGER, L.K. Preparing the next generation of physicians. **Trauma, violence, & abuse**, v.8, n.2, p.214-225,2007.

HEGARTY, K.L.; TAFT, A.J. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending in general practice. **Australian and New Zeland Journal of Public Health**, v.25, n.5, p.433-437,2001.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: World Bank, 1994.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, p.135-145,1994. Suplemento 1.

HEISE, L.; ELLSBEG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. Population reports, v.28, n.4, dezembro 1999.

HERRERA; C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2349-2357,2006.

HERRERA C; RAJSBAUM AGOFF C; FRANCO A. Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. **Salud Publica de Mexico** 2006; 48(suppl2); 259-267.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Position Statementes on women´s health 1996. Disponível em http://www.icn@icn.ch. Acesso em 24 nov 2008.

JANSSEN, P.A.; BASSO, M.C.; CONSTANZO, R.M. The prevalence of domestic violence among obstetric nurses. **Women´s Health**, v.8, n.5, p.317-323, 1998.

JONG, L.C.; SADALA, M.L.A.; TANAKA, A.C.D´A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**,v.42, n.4, p.744-451, 2008.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D´OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v.11, n.23, p.485-501, 2007.

KOSS, M.P. The women´s mental health research agenda: violence against women. **American Physiology**, v.45, n.3, p.374-380,1990.

MARINHEIRO, A.L.V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência de violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, p.604-610, 2006.

MEDEIROS, M.C. Unidos contra a violência. In: Castillo-Matín M, Oliveira S (org). **Marcadas a Ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

MÉNDEZ-HERNANDEZ, P. et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. **Salud Pública de México**, v.45, n.6, p.472-482, 2003.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p.1259–1267,2007. Suplemento 1.

MINAYO, MCS. Violence as na indicator for life quality. **Acta Paulista de Enfermagem**, 13, num. Especial, Parte I, p. 159-166, 2000.

MONTEIRO, C.F.S.M. et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.10, n.2, p.273-280, 2006.

MOREIRA, S.N.T. et al.Violência física contra mulheres na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.6, p.1053-1059, 2008.

OLIVEIRA, A.R.; D´Oliveira, A.F.P.L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo – SP. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.868-876, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração e Programa de Ação de Viena. Disponível em: http//:www.dhnet.org.br/direitos/sip/viena/declaracao_e_programa_de_acao_de_viena.htm. Acesso em 30 junho 2008.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Convenção de Belém do Pará. São Paulo:CLAADEM/IPÊ, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS, 2002.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Publica**, v.14, p.25-32, 1998.

PARK, E.R. et al. Perceived preparedness to provide preventive counseling - Reports of graduating primary care residents at Academic Health Centers. **Journal of General Internacional Medicine**, v.20, p.386–391, 2005.

PELTZER, K.; MASHEGO; T.A., MABEBA; M. Attitudes and Practices of Doctors toward Domestic Violence Victims in South Africa. **Health Care of Women International**, v.24, p.149-157, 2003.

PIOVESAN, F. Direitos reprodutivos como direitos humanos. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/cdrom/CD%20colet%C3%A2nea%20leis%20e%20textos/Artigos/12.doc. Acesso em: 29 julho 2008.

PITANGUY, J. Violência de gênero e saúde – interseções. In: Berquó E (org). **Sexo & Vida – Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2003. p.319-336.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITO REPRODUTIVOS (REDESAUDE). **Dossiê Violência contra a mulher: um problema que afeta toda a sociedade**. Recife, 1999.

REICHENHEIM, M.E. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.425-437, 2006.

REIJNDERS, U.J.L.; GIANNAKOPOULOS, G.F.; DE BRUIN, K.H. Assessment of abuse-related injuries: A comparative study of forensic physicians, emergency room physicians, emergency room nurses and medical students. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v.15, p.15–19, 2008.

ROBERTS, G.L. et al. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department. **Journal of Emergency Nurse**, v.23, p.220-227, 1997.

RODRIGUES D,T. **Análise da violência doméstica entre as mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco**. 2008. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto -SP, 2007.

RODRIGUEZ-BOLAÑOS, R.A.; MARQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M.L. Violência de gênero: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. **Salud Pública de México**, v.47, n.2, p.134-144, 2005.

ROMITO, P., GERIN, D. Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy. **Social Science & Medicine**, v.54, p.1813-1824, 2002.

SANTOS, L.L. **A invisibilidade da violência de gênero em dois serviços de atenção primária à saúde**. 2003. Dissertação[Mestrado]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP, 2003.

SCHRAIBER, L.B.; D`OLIVEIRA, A.P.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface Comunicação, Saude e Educação**, v.3, n.5, p.11-26, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D`OLIVEIRA, A.P.L.P. Violence against women and brasilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**,v.78, p.21-25, 2002.Suplemento 1.

SCHRAIBER, L.B. et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.5, 2007a.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violence against women attending public health services in the metropolitan área of São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, 2007b.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1989.

SHEFET, D. et al. Domestic Violence: a national simulation-based educational program to improve physicians´ knowledge, skills and detection rates. **Medical Teacher**, v.29, p.133-138, 2007.

SHORT, L.M.; SURPRENANT, Z.J.; HARRIS JR, J.M. A Comumunity-Based Trial of an Online Intimate Partner Violence CME Program. **American Journal of Preventive Medicine**, v.30, n.2, p. 181-185, 2006.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, p.263-272, 2003. Suplemento 2.

SISLEY, A. et al. Violence in America: a public health crisis-domestic violence. **Journal of trauma**, v.46, n.6, p.1105-1112, 1999.

SUGG, N.K.; INUI, T. Primary care physicians´ response to domestic violence. **Journal of American Medical Association**, v.267, n.23, p.3157-3160, 1992.

SUGG, N.K. et al. Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs. **Archives of Family Medicine**, v.8, p.301-306, 1999.

SVAVARDOTTIR; E.K.; ORLYGSDOTTIR; B. Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. **Journal of American Nurses**, v.65, n.4, p.779-788, 2009.

THOMPSON, R.S. et al. Identification and Management of domestic violence – a randomized trial. **American Journal of Preventive Medicine**, v.19, n.4, p.253-263, 2000

VIEIRA, E.M.; VICENTE, L.M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2008. Disponível em: www.educacaomedica.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=225&var=1.

VILLELA, W.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.471-475, 2007.

VUNG, N.D.; OSTERGREN, P.; KRANTZ, G. Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. **European Journal of Public Health**, v.19, n.2, p.178-182, 2009.

WAALEN, J. et al. Screening for Intimate Partner Violence by Health Care Providers: Barriers and Interventions. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 19, n.4, p.230-237, 2000.

WOODTLI, M.A. Domestic Violence and the nursing curriculum: turning in and turning up. **Journal of Nursing Education**, v. 39, n.4, p.173-182, 2000.

Anexos

ANEXOS

ANEXO I
Instrumento de Coleta de Dados

Dados relativos à capacitação do profissional.

Para as próximas perguntas, peço para você considerar o tema: Casos de mulheres vítimas de violência cometidas por parceiro íntimo.

1.Você já recebeu, de qualquer maneira, algum tipo de instrução no serviço de saúde sobre como detectar e conduzir esses casos? ( ) Sim ( ) Não Qual?

2.Como você considera a capacitação no serviço sobre o tema?
( ) Pouco importante ( ) Médio importante ( ) Muito importante

3.Durante sua formação você já teve aula específica/palestra que abordou o tema?
( ) Sim ( ) Não

4. Se sim na questão 03, qual o tipo de curso? ( ) Curricular ( ) Extra curricular ( ) Outra

5.Como você considera essa capacitação na formação profissional?
( ) Pouco importante ( ) Médio importante ( ) Muito importante

Dados relativos à percepção dos profissionais acerca do fenômeno da violência de gênero.

6.Vou citar algumas situações e você me dirá como se sente ao perguntar para a paciente. Você pode escolher entre incomodado, à vontade, indiferente ou " nunca perguntei":

a) A respeito do consumo de bebidas alcoólicas pela paciente.
( ) Incomodado ( ) À vontade ( ) Indiferente ( ) Nunca perguntei

b) Se a paciente é ou não tabagista.
( ) Incomodado ( ) À vontade ( ) Indiferente ( ) Nunca perguntei

c) Sobre a vida sexual da paciente
( ) Incomodado ( ) À vontade ( ) Indiferente ( ) Nunca perguntei

d) Se a paciente usa drogas ilícitas
( ) Incomodado ( ) À vontade ( ) Indiferente ( ) Nunca perguntei

e) Se a paciente vive situações violentas com o parceiro íntimo
( ) Incomodado ( ) À vontade ( ) Indiferente ( ) Nunca perguntei

7.Você acredita que a paciente que vive em situação de violência contra a mulher tenha alguma vantagem e por isso fica nessa situação? ( ) Sim ( ) Não Qual?

8. Vou ler algumas afirmações sobre a atitude tomada pelo profissional diante de uma paciente suspeita de sofrer violência cometida por parceiro íntimo. Gostaria que você me respondesse se concorda, discorda ou é indiferente:

a) O papel do médico em caso de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenham para crianças vitmizadas. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

b) A agressão à mulher por seu marido deve ser considerada e tratada como um problema médico. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

c) A agressão à mulher por seu marido é causada por fatores sociais como desemprego. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

d) A agressão à mulher por seu marido é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

e) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos da vítima. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

f) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos do marido. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

g) As mulheres agredidas pelo marido mantém-se nessa situação devido ao seu masoquismo. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

h) Os maridos agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

i) Os maridos agressores deveriam ser presos por agressão. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

j) É aceitável que um marido bata em sua esposa, se tiver sido realmente provocado. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

k) A agressão do marido à mulher é um assunto de fórum íntimo e privado. ( ) Concordo ( ) Discordo ( ) Indiferente

Conhecimento I

9. Vou ler algumas definições de violência contra a mulher e você vai me dizer se são verdadeiras, falsas ou não sabe:

a) Violência no âmbito da família é qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por afinidades. ( )V ( )F ( )NS

b) Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher se cometidos por parceiro íntimo. ( )V ( )F ( )NS

c) Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher pelo parceiro íntimo. ( )V ( )F ( )NS

d) Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero. ( )V ( )F ( )NS

e) Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos, é considerada violência moral. ( )V ( )F ( )NS

10. Vou ler algumas afirmações referentes à epidemiologia e às taxas de morbi-mortalidade de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo e gostaria que você escolhesse se acha verdadeiro, falso ou não sabe:

a) Na maioria dos casos a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas. ( )V ( )F ( )NS

b) Poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal. ( )V ( )F ( )NS

c) Uma em cada cinco mulheres que freqüentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro. ( )V ( )F ( )NS

d) A maioria das mulheres que vive em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Ribeirão Preto. ( )V ( )F ( )NS

11. Você acha que perguntar sobre situações de violência contra a mulher é seu papel profissional? ( )V ( )F ( )NS

12. Na sua experiência clínica, quais os sinais e sintomas mais comuns na mulher que sofre violência? Enumere por ordem de aparecimento.

( ) Depressão
( ) Distúrbio Neuro Vegetativo
( ) Agitação
( ) Insônia
( ) Queixas vagas, crônicas e sem causa física aparente
( ) Dor pélvica crônica
( ) ITU crônica
( ) Ferimentos que não se explicam
( ) Outros

Conhecimento II

Vou ler algumas afirmações e quero que me responda se acha verdadeira, falsa ou não sabe:

13. Em relação à revelação da violência o profissional de saúde deve:

a) Abordar diretamente a paciente perguntando: “Você está apanhando em casa”? ( )V ( )F ( )NS

b) Evitar abordar o assunto a menos que essa seja a queixa principal da paciente. ( )V ( )F ( )NS

c) Perguntar se há alguém com problemas de alcoolismo em casa e se essa pessoa fica violenta quando bebe. ( )V ( )F ( )NS

d) Perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa. ( )V ( )F ( )NS

e) Explicar que a violência contra a mulher é muito comum na vida das mulheres e dizer que pergunta isso a todas as suas pacientes e em seguida perguntar: "Você já sofreu abuso ou apanhou do seu parceiro"? ( )V ( )F ( )NS

Conhecimento III

14. Em relação ao manejo de caso da violência:

a) O profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto.
( )V ( )F ( )NS
b) Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa.
( )V ( )F ( )NS
c) O médico deve prescrever calmantes/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com os possíveis problemas que tem em casa.
( )V ( )F ( )NS
d) No caso de violência sexual, direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo interrupção de gravidez prevista em Lei.
( )V ( )F ( )NS
e) Avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência.
( )V ( )F ( )NS

15. Quando há indícios de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo, o profissional:

a) Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente. ( )V ( )F ( )NS

b) Deve propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e para os seus filhos. ( )V ( )F ( )NS

c) Recomendar terapia de casal. ( )V ( )F ( )NS

d) Deve ser indicada à psicoterapia. ( )V ( )F ( )NS

e) Uma vez que a informação é sigilosa não se deve notificar o fato. ( )V ( )F ( )NS

f) Sugerir que a paciente traga o parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde junto com ela para conversarem. ( )V ( )F ( )NS

g) O profissional deve realizar a notificação compulsória. ( )V ( )F ( )NS

h) Dar número de telefone de abrigo e organizações que cuidem mulheres na situação de violência. ( )V ( )F ( )NS

i) Recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde. ( )V ( )F ( )NS

j) Orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher.
( )V ( )F ( )NS

Informações gerais dos participantes

16 . Qual a sua idade? 15a. Data de nascimento ___/___/____ _____ anos

17 Qual é a sua cor/etnia? Ler classificação ao lado (IBGE)
( ) branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Asiática ( ) Indígena

18 Qual a sua religião? ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Evangélica ( ) Judaica/Israelita
( ) Espiritismo ( ) Umbanda/Candomblé ( ) Religiões Orientais

19 Qual é o seu estado marital? ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Separado
( ) Viúvo ( ) Mora junto

20.Qual a sua renda familiar? R$_____ mês

21 Qual o número de pessoas na residência?_____

22 Renda familiar per capita R$_____

As questões 23 e 24 refere-se à formação do profissional.
23. Graduação: Curso_____Instituição_____Ano de conclusão_____

24. Residência ou especialização: Curso_____ Instituição_____
Ano de conclusão_____ ( ) Não se aplica/não fez

25. Pós-graduação: Curso_____ Instituição_____
Ano de conclusão_____ ( ) Não se aplica/não fez

26. Tempo de experiência profissional em serviço de assistência: _____anos

27.Qual a cidade/estado em que você passou a maior parte da sua vida?

ANEXO II

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

50 anos
USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 25 de abril de 2007

Ofício nº 1357/2007
CEP/MGV

Prezada Professora,

O trabalho intitulado **"OCORRÊNCIA E ATENDIMENTO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA DE RIBEIRÃO PRETO",** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 245ª Reunião Ordinária realizada em 23/04/2007, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 1285/2007.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
PROFª DRª ELISABETH MELONI VIEIRA
Depto. de Medicina Social

Comitê de Ética em Pesquisa HC e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

Apêndice

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: **Ocorrência e atendimento de violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços de saúde da rede pública de Ribeirão Preto**

Pesquisadora Responsável: Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira, Profa. Associada da Faculdade de Medicina da USP-Ribeirão Preto.

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que pretende avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao manejo dos casos de violência e equipamentos sociais de apoio às mulheres em situação de violência, além de identificar suas percepções e dificuldades frente à essa questão específica e necessidades de capacitação. A pesquisa será realizada entre profissionais de saúde das Unidades Distritais de Saúde e sua participação se dará respondendo a uma entrevista com questões acerca de seu conhecimento sobre a violência contra a mulher e das necessidades de capacitação dos profissionais para o atendimento de mulheres que enfrentam essa situação. Além dessas informações serão feitas perguntas acerca da violência contra as mulheres, buscando identificar os tipos e gravidade dessa ocorrência. A entrevista será realizada em um local reservado da unidade de saúde, com duração de cerca de 30 minutos e, se você permitir, será gravada em fita cassete. A você será assegurado o sigilo das informações que serão conhecidas apenas pelos pesquisadores. Todas as informações serão gravadas em códigos em computador. A participação dos profissionais na pesquisa é voluntária e não receberão nenhum benefício direto. Os resultados poderão, entretanto, beneficiar no atendimento de mulheres em situação de violência e na programação de cursos de capacitação, bem como, utilizar os dados em programas de orientação e aconselhamento voltados para ajudar pessoas que estejam em situação parecida. Não haverá nenhum prejuízo ou punição para os profissionais que decidam não participar do estudo, ou para aqueles que, mesmo depois de terem decidido participar, desistam.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em congressos e eventos na área da saúde, serão publicados e também serão utilizados para programas de treinamento de profissionais dos serviços de saúde de Ribeirão Preto para o atendimento de mulheres que enfrentam essa situação.

_____

Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

EU_____

R.G._____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido;
2- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;
3- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
4- O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando.
5- O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação no projeto, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos da pesquisa.
6- O ressarcimento de eventuais despesas decorrentes da minha participação no projeto, a ser promovido pelo pesquisador.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar desta pesquisa como forma de contribuir com o responsável que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

_____

ASSINATURA

Qualquer dúvida ou informação:

Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira	Ana Maria de Almeida
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Departamento de Medicina Social	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Avenida Bandeirantes 3900 – Campus USP Fone – 36022578	Avenida Bandeirantes 3900 – Campus USP Fone - 3602342