UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LARISSA SALES MARTINS BAQUIÃO

Conhecimento e percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem
acerca da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.

Ribeirão Preto

2018

LARISSA SALES MARTINS BAQUIÃO

**Conhecimento e percepção de estudantes de um curso Técnico em
Enfermagem acerca da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro
íntimo.**

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

Linha de Pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no ciclo
vital.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Ana Maria de Almeida

Ribeirão Preto

2018

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.

Baquião, Larissa Sales Martins

Conhecimento e percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem acerca da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. Ribeirão Preto, 2018.

126f.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Almeida, Ana Maria.

1. Violência contra a mulher. 2. Educação Profissionalizante. 3. Conhecimento.

BAQUIÃO, Larissa Sales Martins

Título: Conhecimento e percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem acerca da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.

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

Aprovado em ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, Cláudio Baquião Filho, um combustível que me estimula diariamente através de gestos de amor, carinho, compreensão e companheirismo. Uma das minhas melhores escolhas.

À minha florzinha, Açussena Sales Baquião, com quem mais aprendo do que ensino. Meu maior presente.

Aos meus familiares que sempre me incentivaram e me apoiaram em minhas decisões.

À todas as mulheres que vivem situações violentas e tentam transformá-las em justiça.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Ana Maria de Almeida por ter dividido seu tempo e sabedoria comigo. Me transmitiu segurança e paciência. Me fez acreditar que conseguia. Profissional pela qual carrego meu respeito e admiração.

Às professoras Marta Angélica Iossi Silva e Ruth França Cizino da Trindade pelas sugestões realizadas durante o exame de qualificação que puderam enriquecer meu trabalho.

À Enfermeira Maria Antonieta Spinoso Prado, pelas suas contribuições no trabalho.

A todos os docentes e técnicos administrativos da EERP com os quais tive contato. Sempre foram gentis e atenciosos e me fizeram acreditar que todos os dias na Escola valeram a pena.

Ao IFSULDEMINAS CAMPUS MUZAMBINHO pelo apoio, por me permitir a realização do mestrado e a coleta de dados nesta Instituição.

Aos estimados estudantes do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS CAMPUS MUZAMBINHO por fazerem parte do meu trabalho, da minha pesquisa e da minha vida.

À amiga Valdirene Pereira da Costa, pela sua amizade e contribuição na coleta de dados.

À amiga Josiane Fonseca, pelo carinho e contribuição no trabalho.

Aos amigos Marcelo Lopes Pereira, Luciana Mendonça, Daniela Cardoso, Monise Martins e Geraldo Gomes de Oliveira Júnior, que me impulsionaram a chegar até aqui.

Aos colegas de curso pela convivência saudável, harmoniosa e conhecimentos compartilhados.

“Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre.”

Simone de Beauvoir.

RESUMO

BAQUIÃO, Larissa Sales Martins. **Conhecimento e percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem acerca da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo**. 2018. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O tema violência doméstica contra a mulher é um problema universal, pelo seu impacto nas áreas econômicas, sociais, educacionais e da saúde. A enfermagem tem um papel significativo no reconhecimento e acompanhamento dos casos, mas faz-se necessário que os profissionais estejam capacitados para tal. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção e o conhecimento de estudantes de um curso técnico em enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal. Foi aplicado um questionário validado com questões sobre percepção e o conhecimento acerca da violência contra a mulher. A amostra contou com a participação de 84 estudantes dos três módulos do curso, com idade igual ou superior a 18 anos, no ano de 2017. Os dados foram organizados em planilhas, validados por dupla digitação e posteriormente transportados para o pacote estatístico do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. Os resultados mostraram que os estudantes se sentem à vontade em perguntar às clientes sobre o uso de álcool ou tabaco, porém incomodados em tratar sobre o uso de drogas, vida sexual e violência conjugal. Tendem a infantilizar o atendimento à mulher em situação de violência. Discordaram que fatores sociais sejam causas de agressão, mas concordaram que o uso abusivo de álcool ou drogas e problemas psicológicos do parceiro possam estar entre as causas. Afirmaram que os agressores devem ser presos, mas há a crença de que a violência doméstica seja um assunto de fórum íntimo e privado. Demonstraram ter bom conhecimento sobre a definição das várias formas de violência, e reconhecimento de sinais e sintomas, contudo, baixo conhecimento sobre a epidemiologia da violência contra a mulher. Afirmaram ser atribuição do profissional de enfermagem abordar sobre violência doméstica, mas que esta não seja direta ou insistente. Discordaram que o profissional deva ignorar sinais de violência, assim como referiram que há necessidade de agendar retorno em intervalos menores, em casos suspeitos de violência doméstica. Quase metade dos estudantes desconhecem protocolos de atendimento à mulher em situação de violência sexual e a maioria afirmou que o médico não deve prescrever calmante/antidepressivos para a mulher agredida. Referiram que é válido avaliar com a cliente

os riscos à que estão expostas e elaborar um plano de segurança. Responderam que a terapia de casal e psicoterapia seja recomendável. A minoria reconheceu a importância da notificação dos casos, mas afirmaram a importância de fornecer número de telefone de instituições que acolhem mulheres e recorrer à delegacia da mulher. Enfim, os achados demonstraram que os estudantes possuem um conhecimento parcial acerca do manejo dos casos de violência doméstica e lacunas em sua formação necessitam ser preenchidas, sendo recomendável a inclusão do tema no conteúdo programático do curso e possibilitar experiências práticas aos estudantes.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Educação profissionalizante. Conhecimento. Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

BAQUIÃO, L. S. M. **Knowledge and perception of students of a Nursing Technical course on violence against women perpetrated by the intimate partner.** 2018. 126f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The issue of domestic violence against women is a universal problem because of its impact on the economic, social, educational and health areas. Nursing has a significant role in the recognition and follow up of cases, but it is necessary that professionals are trained to do so. The objective of this study was to identify the perception and knowledge of students of a nursing technical course on domestic violence against women perpetrated by the intimate partner. It is a quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study. A validated questionnaire was applied with questions about perception and knowledge about violence against women. The sample was attended by 84 students from the three modules of the course, aged 18 years or over, in the year 2017. The data were organized in spreadsheets, validated by double typing and later transported to the statistical package of the program *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 22.0. The study was approved by the research ethics committee. The results showed that students are comfortable with asking clients about alcohol or tobacco use, but they are bothered to deal with drug use, sex life and marital violence. They tend to infantilize the care of women in situations of violence. They disagreed that social factors are causes of aggression but agreed that abusive use of alcohol or drugs and psychological problems of the partner may be among the causes. They said that the perpetrators should be arrested, but there is a belief that domestic violence is an intimate and private forum issue. They have demonstrated good knowledge about the definition of various forms of violence, and recognition of signs and symptoms, however, low knowledge about the epidemiology of violence against women. They affirmed that it is the nursing professional's assignment to address domestic violence, but that it is not direct or insistent. They disagreed that the professional should ignore signs of violence, as well as that there is a need to schedule return at shorter intervals in cases of suspected domestic violence. Nearly half of the students are unaware of protocols for the care of women in situations of sexual violence, and most have stated that the doctor should not prescribe a sedative / antidepressant medication for the battered woman. They said that it is valid to evaluate with the client the risks to which they are exposed and to elaborate a security plan. They said that couple therapy and psychotherapy are recommended. The minority acknowledged the importance of case reporting but stressed the

importance of providing telephone numbers of institutions hosting women and turning to the woman's station. Finally, the findings showed that students have a partial knowledge about the handling of domestic violence cases and gaps in their training need to be filled out, and it is recommended to include the subject in the program content of the course and to provide practical experiences for the students.

Keywords: Violence against women. Vocational Education. Knowledge. Education Nursing.

RESUMEN

BAQUIÃO, L.S.M. Conocimiento y percepción de estudiantes de un curso Técnico en Enfermería acerca de la violencia contra la mujer perpetrada por el compañero íntimo. 2018. 126f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

El tema de la violencia doméstica contra la mujer es un problema universal, por su impacto en las áreas económicas, sociales, educativas y de la salud. La enfermería tiene un papel significativo en el reconocimiento y seguimiento de los casos, pero se hace necesario que los profesionales estén capacitados para ello. El objetivo de este estudio fue identificar la percepción y el conocimiento de estudiantes de un curso técnico en enfermería acerca de la violencia doméstica contra la mujer perpetrada por el compañero íntimo. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal. Se aplicó un cuestionario validado con preguntas sobre la percepción y el conocimiento acerca de la violencia contra la mujer. La muestra contó con la participación de 84 estudiantes de los tres módulos del curso, con edad igual o superior a 18 años, en el año 2017. Los datos fueron organizados en hojas de cálculo, validados por doble digitación y posteriormente transportados al paquete estadístico del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22.0. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación. Los resultados mostraron que los estudiantes se sienten cómodos en preguntar a los clientes sobre el uso de alcohol o tabaco, pero molestados en tratar sobre el uso de drogas, la vida sexual y la violencia conyugal. Tienden a infantilizar la atención a la mujer en situación de violencia. No se discute que los factores sociales sean causas de agresión, pero acordaron que el uso abusivo de alcohol o drogas y problemas psicológicos del compañero puedan estar entre las causas. Afirmaron que los agresores deben ser arrestados, pero hay la creencia de que la violencia doméstica es un asunto de foro íntimo y privado. Se demostró tener buen conocimiento sobre la definición de las diversas formas de violencia, y el reconocimiento de signos y síntomas, sin embargo, bajo conocimiento sobre la epidemiología de la violencia contra la mujer. Afirmaron ser atribución del profesional de enfermería abordar sobre violencia doméstica, pero que ésta no sea directa o insistente. No se deba a que el profesional deba ignorar señales de violencia, así como indicó que hay necesidad de programar retorno a intervalos más pequeños, en casos sospechosos de violencia doméstica. Casi la mitad de los estudiantes desconocen protocolos de atención a la mujer en situación de violencia sexual y la mayoría afirmó que el médico no debe prescribir calmante / antidepresivos para la mujer agredida. Se ha señalado que es válido evaluar con el cliente los riesgos a los que están

expuestos y elaborar un plan de seguridad. La respuesta de la terapia de pareja y psicoterapia es recomendable. La minoría reconoció la importancia de la notificación de los casos, pero afirmaron la importancia de proporcionar número de teléfono de instituciones que acogen a mujeres y recurrir a la comisaría de la mujer. En fin, los hallazgos demostraron que los estudiantes poseen un conocimiento parcial acerca del manejo de los casos de violencia doméstica y lagunas en su formación necesitan ser llenadas, siendo recomendable la inclusión del tema en el contenido programático del curso y posibilitar experiencias prácticas a los estudiantes.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Educación profesional. Conocimiento. Educación en Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo perfil sócio demográfico, 2017.....	60
Tabela 2 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo perfil sócio econômico, 2017.....	61
Tabela 3 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo procedência, 2017.....	62
Tabela 4 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo a percepção acerca da abordagem de temas relacionados ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas, vida sexual e violência de gênero, 2017.....	63
Tabela 5 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo a percepção acerca de vantagens da mulher em permanecer em situação de violência, 2017.....	65
Tabela 6 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo a percepção diante de atitudes profissionais em casos suspeitos de violência por parceiro, 2017.....	67
Tabela 7 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca de definições da violência contra a mulher, 2017.....	70
Tabela 8 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca da epidemiologia da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, 2017.....	72
Tabela 9 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca da abordagem da violência contra a mulher como atribuição do profissional de enfermagem, 2017.....	73
Tabela 10 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento sobre o aparecimento de sinais e sintomas decorrentes da violência contra a mulher, 2017.....	74

Tabela 11- Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento em relação à abordagem do profissional de saúde na revelação da violência contra a mulher, 2017.....	76
Tabela 12- Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca do manejo dos casos de violência de gênero, 2017.....	78
Tabela 13- Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca do manejo em casos de indícios de violência de gênero, 2017.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEB	Câmara de Educação Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNCT	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DP	Desvio Padrão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDG	Índice de Desigualdade de Gênero
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFSULDEMINAS	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Conferência Nacional de Políticas para as mulheres
PROEJA	Programa Nacional de Integração da Educação Básica com a Educação Profissional na modalidade de Educação de Jovens e Adultos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. O atendimento nos serviços de saúde e o desempenho dos profissionais.....	18
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2. Objetivos Específicos	25
3. MARCO TEÓRICO	26
3.1. Contextualizando a violência contra a mulher.....	26
3.2. A epidemiologia da violência contra a mulher	29
3.3. Questões sócio culturais e sua influência no fenômeno da violência	33
3.4. Políticas Públicas de Atenção à Mulher em situação de violência no Brasil.....	35
3.5. Formação Profissional no enfrentamento à violência contra a mulher.....	43
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	48
4.1. Tipo de estudo.....	48
4.2. Local do estudo	48
4.3. População e Amostra do estudo.....	51
4.4. Critérios de inclusão e exclusão.....	51
4.5. Realização das Entrevistas/ Coleta de Dados	51
4.6. Instrumento de Coleta de Dados	52
4.7. Variáveis do Estudo	53
4.7.1. Variáveis Sociodemográficas	53
4.7.2. Percepção e atitude dos estudantes acerca da violência de gênero.....	53
4.7.3. Conhecimento dos estudantes acerca da violência de gênero	54
4.8. Análise dos dados	57
4.9. Aspectos éticos	57
4.10. Riscos e benefícios	58
5. RESULTADOS	59
5.1. Perfil sócio demográfico e econômico dos entrevistados.....	59
5.2. Percepção dos estudantes acerca da violência de gênero.....	62
5.3. Atitude dos estudantes do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO acerca da violência contra a mulher.	65
5.4. Conhecimento I: Conhecimento dos estudantes acerca da violência de gênero.....	69

5.5. Conhecimento II: Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero...	75
5.6. Conhecimento III: Conhecimento dos estudantes acerca do manejo da violência de gênero.	77
6. DISCUSSÃO	83
6.1. Percepção dos estudantes acerca da violência de gênero	83
6.2. Conhecimento I: Definição, epidemiologia, identificação e sinais e sintomas da violência.	88
6.3. Conhecimento II: Formas de abordagem da violência de gênero	92
6.4. Conhecimento III: Manejo de casos confirmados ou suspeitos de violência de gênero	94
7. CONCLUSÃO.....	98
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	117
ANEXOS	120

1. INTRODUÇÃO

1.1. O atendimento nos serviços de saúde e o desempenho dos profissionais

Os serviços de saúde são de grande importância tanto no sentido de atender as mulheres em situação de violência quanto para articulação de ações de promoção à saúde (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009). A enfermagem, em especial, tem um papel significativo no reconhecimento e acompanhamento dos casos, não se restringindo aos danos físicos ou biológicos, mas também aos aspectos sociais, relacionais, econômicos, culturais e históricos (VIEIRA et al., 2009).

As mulheres que vivenciam situações violentas apresentam diversas fragilidades e vulnerabilidades, tendo em vista as consequências decorrentes dos abusos sofridos, que também acabam por afetar os demais atores sociais que participam de seu núcleo familiar. A violência não deixa apenas marcas físicas, mas acabam por levar à perda da identidade da vítima, que vai entrando em processo de invisibilidade, com gradual perda de sua autoestima e determinação (RAFAEL; MOURA, 2013).

A partir de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), praticamente dois em cada três atendimentos por violência no SUS são de mulheres. Deve ser considerado que este quantitativo só representa a ponta do iceberg, pois devido à gravidade, demandam atendimento, embora se saiba que grande número de casos de violências não chega aos serviços públicos de saúde (WAISELFISZ, 2012).

Existe uma subnotificação dos dados de violência, especialmente ao se tratar de mulheres que não se manifestam por vergonha ou medo do agressor. Considerando que a ausência de notificação, não atualização dos dados e a dificuldade de reconhecimento das formas de violência por parte dos profissionais também contribuem para esta subnotificação (MOURA et al., 2013).

As mulheres que sofrem violência procuram com maior frequência os serviços de saúde, porém os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento. Cabe destacar que o registro mostra que a situação foi tratada como questão relevante e pode nortear outros atendimentos e outros profissionais. O não registro dos casos sugere que os profissionais percebem que a condição em que se deu a violência ocasionará diferentes repercussões. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Para tanto,

profissionais optam por encaminhamentos automáticos e pouco efetivos, reforçando a falta de preparo para a conduta necessária.

Estudos mostram que mulheres que vivenciaram situações de violência perpetrada por parceiro íntimo e violência sexual desencadeiam mais problemas de saúde, gerando maiores gastos com atendimentos em saúde, procuram pelos serviços de saúde com maior frequência, e registram maior número de internações e dias de permanência em hospitais em relação às mulheres que não vivenciaram situações como estas (BLACK, 2011).

Uma pesquisa realizada com 1196 mulheres na Sérvia apresentou que 77,9% das mulheres que sofreram violência não procuraram assistência nos serviços de saúde. Na porcentagem das mulheres que procuraram ajuda em alguma instituição, estão aquelas que sofreram agressão física grave e procuraram ajuda sete vezes mais do que as que sofreram agressões moderadas, reforçando que os casos notificados não conseguem retratar os índices reais de violência contra a mulher (DJIKANOVIC et al., 2011). No Canadá foram encontrados resultados semelhantes (BARRET; PIERRE, 2011).

A assistência às mulheres em situação de violência acontece de forma fragmentada, reduzindo a abordagem aos saberes biomédicos, distanciados do contexto biopsicossocial. Ocorre um processo desarticulado dos serviços, não contemplando um serviço de referência e contra referência. Portanto, entende-se que os serviços de saúde não estão preparados para prestar uma assistência integral com mulheres em situação de violência (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

Sem um lugar específico para expressar o sofrimento causado pela violência, a mulher encontra respostas parciais na delegacia, na psicologia, no serviço de saúde, na família, na religião, entre outros. Na ausência de uma rede intersetorial de assistência, a articulação entre os diversos segmentos acaba sendo feita pela própria mulher (D'OLIVEIRA, 2000).

A prática profissional não ocorre de forma integrada, e a usuária é atendida por várias categorias profissionais desconectadas. A fragmentação da organização do trabalho permite que cada categoria profissional crie seu modo de atuar, prevalecendo um modelo descontínuo de cuidado. Contudo, não basta somente a organização do trabalho, como também é necessário a capacitação profissional para o aprimoramento e humanização do trabalho desenvolvido (PEDROSA; SPINK, 2011).

Os efeitos da violência não são episódicos, pelo contrário, são sofrimentos permanentes para aquelas que estão ou estiveram em situação de violência, resultando em sofrimentos que se tornam crônicos, aumentando a demanda aos serviços de saúde. Estas mulheres são tidas

como problemáticas e tendem a ter suas queixas desvalorizadas pelos profissionais de saúde aumentando a invisibilidade do problema (SCHRAIBER, 2001).

Fatores como a invisibilidade da violência, insensibilidade, falta de capacitação dos profissionais de saúde, medicalização dos casos e a pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade, tornam o problema ainda mais complexo (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

O cuidar exige da enfermagem instrumentos que envolvam a observação, o toque terapêutico, o bom senso, a liderança, a humanização, a solidariedade, a sensibilidade, o conhecimento técnico-científico, a comunicação e as dimensões psicossociais e espirituais. A utilização destes instrumentos constrói uma relação de cuidado, possibilita que a mulher em situação de violência consiga expor seus problemas e refletir sobre os motivos que a levaram a esta situação (FERRAZ et al., 2009).

Estudos relatam que o cuidado de enfermagem às vítimas de violência deve ser planejado com o intuito de promover segurança, acolhimento e respeito, necessitando ser pautado nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente, sendo indispensável para a proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros, pois o que se percebe na prática são profissionais da saúde com dificuldade em lidar com as vítimas de violência (FERRAZ et al., 2009).

O cuidado de enfermagem às mulheres em situação de violência doméstica deve considerar os fatores envolvidos na situação, que vai além da queixa apresentada, mas que contribuem para a produção da violência, e planejar suas ações de cuidado considerando suas particularidades (BATISTA et al., 2013). Com isso, a enfermagem consegue prestar um cuidado que atenda às necessidades da pessoa de forma integral, de acordo com suas demandas (AZEVEDO et al., 2008).

Dialogar com a mulher sobre as alternativas de lidar com o problema, permitindo-lhe fazer escolhas; apoiar a mulher que deseja realizar boletim de ocorrência; fazer encaminhamentos necessários (delegacia da mulher, atendimento médico, psicológico) ; incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio; propor à mulher atendimento para o casal ou família, caso opte por manter a relação; e realizar visitas domiciliares frequentes no intuito de acompanhar a situação da família são ações de enfermagem que incentivam a mulher em situação de violência a tentar deixar de vivenciar esta situação (AGUIAR, 2013).

Kiss et al. (2007) consideram que a articulação intersetorial supera a assistência fragmentada, contribuindo com a resolutividade de situações mais complexas, permitindo a interação entre os sujeitos e os setores sociais, potencializando os saberes, poderes e vontades.

A dificuldade de articulação intersetorial pode estar relacionada à baixa percepção dos profissionais de que situações de violência representam um agravo à saúde individual e coletiva. Sabendo que o setor saúde é uma das principais portas de entrada para os casos de violência doméstica, estes podem ser identificados durante qualquer atendimento de saúde, seja a partir de sinais e/ou sintomas físicos, psicológicos como também através de relatos por parte da usuária. Para alguns pesquisadores, o não reconhecimento da violência pode ter relação com a dificuldade que os profissionais de saúde têm de compreender a violência doméstica como parte de suas atribuições (SCHRAIBER et al., 2002).

Faz-se necessário uma reorganização dos serviços, que pratique o acolhimento, que ocorra envolvimento da equipe multidisciplinar no atendimento e acompanhamento das mulheres em situação de violência, contemplando ações de prevenção. Uma equipe capacitada, multiprofissional e interinstitucional que garanta o atendimento necessário e realize os encaminhamentos adequados (ALVES; OLIVEIRA; MAFFACCIOLLI, 2012).

Os profissionais de enfermagem são educadores e a informação é uma de suas ferramentas de trabalho em busca da promoção da saúde. As questões de violência vêm exigindo novos conhecimentos dos profissionais. O tema violência doméstica ainda é um desafio para a humanização do atendimento de mulheres que procuram o apoio dos serviços de saúde (NETTO et al., 2015).

Em hospitais angolanos, nos serviços de urgência, as mulheres passam por uma anamnese, onde técnicos investigam situações de violência. Uma pesquisa realizada com estes profissionais retrata que grande parte dos entrevistados realiza um atendimento tradicional, se limitando aos cuidados das lesões físicas das vítimas e estimulando a denúncia à polícia, alegando a escassez no número desses profissionais no país. Além disso, consideram que a violência psicológica não é um assunto que deva ser abordado nos hospitais. (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014).

As dificuldades em cuidar das vítimas podem estar relacionadas com a formação profissional quando são abordados assuntos de conhecimentos técnicos e pouco sobre o tema violência (FAÚNDES, 2006). Considera-se que o cuidar vai muito além da atenção voltada para as lesões físicas, envolvendo além da técnica, a observação, a humanização, o bom senso, a solidariedade e a sensibilidade, atendendo as dimensões biopsicossocial e espiritual da vítima,

permitindo que esta se sinta cuidada e consiga expor e perceber os motivos que a levaram a esta condição, possibilitando a criação de alternativas para o enfrentamento da situação (SILVA; TONELLI; LACERDA, 2003).

Neste contexto, os profissionais de saúde, sobretudo os da área da enfermagem são os que realizam, na maioria das vezes, o primeiro atendimento às mulheres em situação de violência nos diversos níveis da rede de atenção à saúde. Por esta razão, precisariam estar qualificados no que tange ao acolhimento das necessidades multidimensionais e das demandas intersetoriais dessas mulheres (VIEIRA et al., 2014).

Compreende-se o acolhimento como uma proposta voltada para melhoria das relações dos profissionais da saúde com as usuárias em situação de violência, concretizado no encontro entre usuária-profissional, por meio da escuta, do reconhecimento de suas demandas e busca de soluções possíveis (COSTA; LOPES, 2012). Uma parte significativa das pessoas que vive situações de violência já tentou romper a violência, porém não foi bem sucedidas com relação às instituições nas quais recorreu. Os serviços de saúde precisam se constituir num local de acolhimento e apoio e não de obstáculo para estas mulheres (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Cavalcanti (2002) refere que os serviços de saúde estão despreparados para o acolhimento e encaminhamento da mulher em situação de violência e muitos profissionais desconhecem os serviços de referência para estas mulheres, podendo acarretar um encaminhamento inadequado ou até mesmo o não encaminhamento, configurando numa atenção fragmentada. Para Borsoi et al. (2009), uma das dificuldades dos profissionais é dar encaminhamento à situação, sendo de suma importância o suporte de uma rede intersetorial articulada e sistematizada, esclarecidas as atribuições de cada entidade a ela vinculada, com o intuito de garantir assistência integral a essas mulheres.

A ampliação das equipes de assistência à saúde da mulher não garante a qualidade da assistência. Para que se caminhe rumo à assistência integral é preciso que análises qualitativas dos serviços ofertados sejam realizadas e que suas deficiências sejam identificadas e ajustadas (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

O trabalho em equipe multidisciplinar favorece a assistência integral e evita a fragmentação da assistência, estabelece meios de comunicação e diálogo entre os profissionais envolvidos, em que diversas áreas de conhecimento articulam entre si, primando pelo cuidado, recuperação e preservação da saúde (MACHADO et al., 2007).

Para atender às transformações tecnológicas, sociais e econômicas, a responsabilidade no cuidar inclui conseguir operar com uma linguagem interdisciplinar, traduzida em indicadores de qualidade, qualidade do cuidado, protocolos assistenciais e ou do cuidado, gestão de risco e segurança do paciente (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015).

É necessário compreender a violência em suas diversas formas de apresentação e desenvolver ações em busca de seu enfrentamento. Ter a capacidade de observar situações que transcendam as queixas no momento de um atendimento, mas que podem desencadear sofrimento (PALHONI; AMARAL; PENNA, 2014).

Ao compreender as intencionalidades das mulheres que denunciam situações de violência, a enfermagem precisa avaliar a sua realidade social e os fatores envolvidos, transcendendo a dimensão biológica, proporcionando a promoção da saúde e prevenção de agravos (VIEIRA et al., 2012).

O acolhimento oferecido à mulher em situação de violência no serviço de saúde, criará condições para a construção de estratégias de enfrentamento à situação. Essas estratégias poderão auxiliar na redução ou eliminação da vulnerabilidade à violência e promoção à saúde (PEDROSA; SPINK, 2011).

Os programas de prevenção à violência devem abordar indivíduos, comunidades e sociedade em geral, e serem praticados em parceria com diferentes setores da sociedade – como serviços de saúde, escolas, locais de trabalho, organizações não governamentais e sistemas de justiça criminal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2014).

Estudos científicos demonstram que a violência é evitável e que embora os países estejam investindo em programas de prevenção da violência, esses investimentos não estão à altura das dimensões e a gravidade do problema. Os serviços da saúde devem ampliar as ações de prevenção à violência e a assistência dispensada às vítimas; melhorar o sistema de coleta de dados sobre violência, colaborando com o aumento da visibilidade do problema e permitindo ações de enfrentamento à esta situação. Com isto, é necessário capacitar recursos humanos para garantir que leis promulgadas sejam atribuídas aos perpetradores, e criem ambientes seguros às pessoas (OMS, 2014).

Diante deste contexto e considerando a magnitude da violência doméstica e suas formas de cuidar, acredita-se que o estudo produzirá informações que responderão à questão: Qual é o conhecimento, atitude e percepção dos estudantes do curso de técnico em enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo? Os resultados podem

oferecer subsídios para a implementação de ações voltadas à formação destes profissionais, bem como sistematizar a assistência prestada pelos serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar o conhecimento¹ dos estudantes de um curso técnico em enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.

2.2. Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil sócio econômico dos estudantes
- Avaliar a percepção² e atitudes³ dos estudantes acerca da violência contra a mulher;

¹ A definição de conhecimento desenvolvida por Sócrates e redigida por Platão é uma das mais aceitas no meio acadêmico, onde o conhecimento é definido como uma opinião verdadeira que possui justificativas (<https://www.ibccoaching.com.br>).

² Percepção, de acordo com René Descartes, é todo ato de inteligência. Ação ou efeito de perceber, de compreender o sentido de algo por meio das sensações ou da inteligência, sendo essencial para o desempenho das atividades do técnico de enfermagem no atendimento às mulheres em situação de violência. (<https://www.dicio.com.br/percepcao/>). Para Chauí, 1999, percepção é o conhecimento de um sujeito corporal, de modo que a situação do corpo e suas condições são tão importantes quanto a situação e as condições dos objetos percebidos. Para a autora sensação e percepção são a mesma coisa.

³ No livro “Tipos Psicológicos”, Jung, 1991, define a atitude como uma disponibilidade para agir ou reagir de uma determinada maneira e, muitas vezes, vêm em pares, uma consciente e outra inconsciente.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Contextualizando a violência contra a mulher

A violência é uma realidade presente no cotidiano da maioria das pessoas, atingindo todas as faixas etárias, em graus variados, sem distinção de sexo, raça, cultura, credo e classe social. É considerada como um evento de grande impacto na sociedade, pois, além dos danos físicos e psicológicos que ocasiona, envolve vários segmentos para a sua prevenção e tratamento (GARCIA et al., 2008). A violência é um fenômeno social que ocorre nas relações humanas onde há conflitos de interesse e postura de dominação (BARROS, 2012; SÁ; WERLANG, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014), violência é definida como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

Em seu significado mais frequente, violência quer dizer o uso da força física, psicológica ou intelectual para obrigar outra pessoa a fazer algo que não está com vontade. É constranger, tolher a liberdade, incomodar, impedir a outra pessoa de manifestar seu desejo e sua vontade, sob pena de viver sempre ameaçada (TELES; MELO, 2012).

A violência é considerada um fenômeno multicausal que afeta indivíduos, famílias, comunidades e sociedade, e cuja superação demandará o envolvimento de diferentes segmentos sociais, exigindo diferentes formas de intervenção (SÃO PAULO, 2012).

A multicausalidade se refere a ações com a intenção de prejudicar, subtrair, subestimar, subjugar e até mesmo ferir. Envolve também a relação de poder de uma pessoa sobre a outra, seja no aspecto físico, econômico, social ou intelectual. Estes fatores expõem as mulheres a situações violentas (VIEIRA et al., 2012).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a violência adquiriu um caráter endêmico em vários países, considerando o número de vítimas com sequelas orgânicas e emocionais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 1994).

A violência interpessoal é a que acontece entre familiares, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e desconhecidos, que envolve maus-tratos a crianças, jovens e idosos, violência praticada por parceiro íntimo e violência sexual. A violência interpessoal é um fator de risco

para problemas sociais e de saúde que podem ocasionar danos a curto e longo prazo (OMS, 2014).

A violência contra a mulher é uma expressão trazida pelo movimento feminista há cerca de trinta anos, tratada como questão social e política que vem sendo estudada por diferentes áreas como sociologia, direito, psicologia, antropologia, medicina e enfermagem. O termo se refere ao sofrimento e agressões que até então eram tidos como normais e tem sido objeto de luta por movimentos sociais e impulsionado o planejamento e implantação de políticas públicas para sua prevenção e controle (D'OLIVEIRA, 2000).

O tema violência doméstica contra a mulher tem sido tratado como um problema universal pelo seu impacto nas áreas econômicas, sociais, educacionais e da saúde. Sua ocorrência e consequências para vítimas chamam a atenção dos meios de comunicação, pesquisadores, entidades, órgãos públicos e jurídicos (WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013a). No mundo contemporâneo, a violência contra a mulher é um problema de saúde pública, por seu impacto biopsicossocial (LUCENA et al., 2012).

De acordo com Lei Maria da Penha, violência doméstica contra a mulher se refere à qualquer ação ou omissão que acarrete dano moral, patrimonial, sofrimento psicológico, lesões físicas, abuso sexual ou óbito (BRASIL, 2006). Está em conformidade com a definição de violência contra a mulher elaborada na Convenção de Belém do Pará que define violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta que ocasione morte, lesões físicas, sexuais ou psicológicas à mulher (BRASIL, 2010).

A violência contra a mulher, também, é definida como uma ação inespecífica ocorrida em cenário público ou privado, que provoca danos ou sofrimento psicológico, sexual, físico, patrimonial ou moral (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011; OMS, 2014). A problemática da violência contra a mulher é considerada importante questão de saúde pública, haja vista que atinge não somente a mulher que sofre violência, como também a sociedade. O fenômeno independe do nível socioeconômico, cultural e de escolaridade, pois todos os indivíduos se encontram-se suscetíveis a sofrer violência (PAULO; PARO, 2009).

A violência de gênero pode ser entendida como violência contra a mulher, expressão trazida à tona pelo movimento feminista de 1970, por ser esta o alvo principal da violência de gênero. O termo gênero não pode ser confundido com sexo, pois gênero se refere a diferenças socioculturais existentes entre os sexos masculino e feminino, que se traduzem em desigualdades econômicas e políticas, colocando as mulheres em posição inferior à dos homens nas diferentes áreas da vida (TELES; MELO, 2012).

A violência de gênero é cometida principalmente no contexto doméstico, sendo esta contextualizada por Signorelli, Auad e Pereira (2013, p. 2):

A violência doméstica engloba a "violência física" que compreende lesões e danos à integridade física das mulheres; a "violência psicológica", que inclui humilhações, isolamento, desprezos e intimidações; a "violência patrimonial", que se concretiza em roubo, retenção ou danos aos bens materiais, recursos e/ou documentos; "violência verbal", caracterizada por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias; e "violência sexual", caracterizada por relações sexuais forçadas ou práticas sexuais não consentidas ..

A violência física se refere a atos de agressão bem delimitados e que podem ser manifestados de forma bastante objetiva. Há um instrumento utilizado para apontar agressão física, o Conflict Tactics Scale, Ellsberg (1998) que lista atitudes como: atirar objetos, estapear, chutar, bater, ameaçar, usar arma como formas de violência física (D'OLIVEIRA, 2000). A tentativa de identificar a violência psicológica também originou diversas escalas com itens que envolvem ofensas verbais, restrição de contatos, ciúmes e possessividade excessiva, ameaças verbais de agressão à pessoa ou seus familiares (FOLLINGSTAD et al., 1990).

A violência sexual refere-se a qualquer ato sexual ou sua tentativa, comentários ou insinuações relativas a sexo, praticados contra a vontade do outro, por qualquer indivíduo, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer situação, em ambiente público ou privado (OMS, 2014).

As consequências da violência não são passageiras, levando ao consumo inadequado de álcool e drogas, à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e absenteísmo e a dificuldades de relacionamento (OMS, 2014).

A exposição à violência está relacionada a comportamentos de alto risco, tais como tabagismo e consumo abusivo de álcool e drogas, fatores de risco para doenças crônicas, tais como, doenças cardiovasculares, pulmonares, hepáticas, câncer e outras doenças não transmissíveis (BELLIS et al., 2014).

Segundo Dossi et al. (2008) o ciúme é um comportamento entendido como a principal causa de violência entre parceiros íntimos, atribuído ao sentimento de posse do homem sobre a mulher. Traz também que o uso de drogas está relacionado com episódios de violência (92%) transformando a agressividade em agressão.

A Violência do Parceiro afeta as mulheres de todos os níveis sociais, culturais e econômicos, e devido à alta incidência, tornou-se um grande problema de saúde pública (WHO, 2013b). Atitudes desrespeitosas e violentas relacionadas com a desigualdade de poder entre a mulher e o parceiro configuram-se em violência conjugal (GOMES; DINIZ, 2008).

The National Center for Injury Prevention and Control (2009) define a violência do parceiro, como a violência que ocorre entre duas pessoas em um relacionamento (incluindo cônjuges, companheiros e ex-companheiros) que envolva desde um único episódio de violência, até episódios contínuos, incluindo violência física, violência sexual, ameaças de violência física ou sexual e abuso emocional.

A violência praticada pelo parceiro, principal forma de violência que acomete a população feminina, indica que as mulheres estão vivendo situações domésticas de caráter violento e ainda relacionando-se com aqueles de quem se espera exatamente a interação oposta, neste caso, uma relação de confiança e prazer (SCHRAIBER, 2001). Combater a violência deve ser um compromisso de toda a sociedade, que deve recusar sua tolerância (BRASIL, 2010).

3.2. A epidemiologia da violência contra a mulher

Em todo o mundo, registram-se anualmente mais de 1,3 milhão de óbitos em consequência da violência, incluindo a auto direcionada, interpessoal e coletiva, correspondendo a 2,5% da mortalidade global. Entre pessoas com idade de 15 e 44 anos de idade, a violência é a quarta principal causa de morte em todo o mundo. Além dos indivíduos vítimas de violência não fatal (OMS, 2014).

De acordo com a OMS, em estudo realizado em dez países, incluindo o Brasil, até 71% das mulheres, com idade entre 15 e 49 anos, já estiveram em situação de violência física e/ ou sexual em algum momento da vida (HOWARD et al., 2013). Revelou também que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo é a forma mais comum, atingindo, mundialmente, cerca de 30% das mulheres (WHO, 2013a).

Estudo multipaíses sobre violência doméstica identificou que entre 6% e 59% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido violência sexual praticada pelo parceiro ao longo de suas vidas (GARCIA-MORENO et al., 2005). Na América Latina, a violência doméstica afeta até 50% das mulheres. No Brasil, 23% das mulheres vivenciam situações de violência doméstica (ADEODATO et al., 2005).

Baseado em dados do relatório mundial de prevenção da violência, 20% das mulheres relataram ter sofrido abusos sexuais na infância e 30% das mulheres foram vítimas de violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo em algum momento da vida (OMS, 2014).

Estima-se que, em todo o mundo, 42% das mulheres que sofreram abusos físicos e/ou sexuais perpetrados por um parceiro, tiveram ferimentos decorrentes da violência.

Frequentemente, nas agressões cometidas pelo parceiro íntimo, são utilizados objetos contundentes e causam ferimentos na cabeça, no rosto e no pescoço; seguida, por lesões musculoesqueléticas e genitais (WHO, 2013b).

No Brasil, a violência contra a mulher atinge em torno de 25% da população. Apesar dos índices, há a possibilidade de que estes sejam ainda mais elevados, pois as agressões psicológicas nem sempre são percebidas como violência e se tornou algo tão frequente que não é entendida como agressão (CARVALHO-BARRETO et al., 2009). A cada dois minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente, resultando na perda de um ano de vida saudável a cada cinco anos de vitimização (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Os parceiros ou ex-parceiros são os principais responsáveis pela violência contra a mulher, representando 68,8% dos autores desse tipo de violência, no Brasil (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011). Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) mostram que os casos de violência contra a mulher são superiores em relação ao sexo masculino na proporção de 2,4 para 1.

O ligue 180 é um serviço de utilidade pública, gratuito e confidencial para atendimento à mulher. O Brasil registrou, no ano de 2016, 140.350 relatos de violência contra a mulher. Os dados são da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, a partir de balanço dos relatos recebidos pelo Ligue 180. Entre estes registros, quase metade (50,70%) correspondeu a denúncias de violência física. O Ligue 180 também registrou denúncias de violência psicológica (31,80%), violência moral (6,01%), violência patrimonial (1,86%) violência sexual (5,05%), cárcere privado (4,35%) e tráfico de pessoas (0,23%). Em relação a 2016, houve um aumento de 83% no número de relatos de violência se comparados ao ano de 2015. As mulheres negras representaram 60,53% das vítimas. Os atendimentos registrados mostraram que 78,25% das vítimas têm filhos e que mais de 59,90% destes filhos presenciaram a violência e 22,27% também sofreram a violência. Os dados mostraram ainda que, entre os relatos de violência, 86,07% corresponderam a situações de violência doméstica e familiar. Na maioria dos relatos (65,91%), as violências foram cometidas por homens com os quais as vítimas tinham ou já tiveram algum vínculo afetivo, como cônjuges, namorados, ex-cônjuges, ex-namorados ou amantes. Das mulheres agredidas, 36,63% dependiam financeiramente do agressor (BRASIL, 2016).

O percentual de reincidência nas violências contra a mulher é bastante elevado, principalmente, entre aquelas com idade 30 anos ou mais. Em relação aos diversos tipos de violências sofridas pelas mulheres atendidas pelo SUS em 2011, a violência física foi

preponderante, correspondendo a 44,2% dos casos, a psicológica representou acima de 20% e a sexual foi responsável por 12,2% dos atendimentos (WASELFISZ, 2012).

Baseado em dados do Datasus, o estado de Minas Gerais notificou 17.430 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra a mulher no ano de 2014, com 4468 (26%) casos entre 20 à 29 anos de idade e 4006 (23%) casos notificados entre 30 à 39 anos de idade. A residência da vítima é o principal local de ocorrência com 11.899 casos, representando 68%. Com relação aos tipos de violência, ainda neste mesmo ano, 13.520 (78%) casos de violência física, 5708 (33%) casos de violência psicológica e ou moral, 1.514 (9%) casos de violência sexual e 157 (1%) casos de violência patrimonial. A violência praticada pelo cônjuge é sobressalente quando comparada com ex-cônjuge, namorado e ex-namorado. Destas ocorrências, 61% foram encaminhadas ao serviço de saúde ambulatorial e 7% passaram por internação hospitalar. Foi a óbito 1% dos casos notificados (BRASIL, 2014).

Informações disponibilizadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica do município de Muzambinho baseado em dados do Sinan Net Muzambinho, no período de 2011 a 2016, retratam que a notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no município foram crescentes, sendo que em 2011 foram registradas 15 notificações contra 74 notificações em 2016. O maior número de casos notificados ocorreu com mulheres entre 20 a 29 anos (23%) seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos (19%) e 15 a 19 anos (18%). A raça branca apresentou o maior número de casos notificados (93%). A violência física foi predominante nas notificações aparecendo em 88% dos casos (BRASIL, 2016).

As formas de violência contra as mulheres incluem assassinatos, abusos físicos psicológicos e sexuais. Destaca-se, também, o fato de os agressores, em sua maioria, possuírem idade entre 30 e 39 anos de idade e serem os próprios parceiros ou ex-parceiros das mulheres (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Dados da OMS indicam que entre 2006 e 2010, o Brasil ocupou a sétima posição no contexto de 84 países do mundo com uma taxa de 4,4% homicídios em 100 mil mulheres, baseado em dados da OMS compreendidos entre 2006 e 2010. Em 2012 a taxa de homicídios aumentou para 4,8 em 100 mil mulheres. Em relação aos homicídios femininos por estados do país, o Espírito Santo ocupa o maior índice com 9,8% homicídios em 100 mil mulheres, Minas Gerais ocupa a 20ª posição com 4,1% e o Piauí apresenta o menor índice do país, com uma taxa de 2,5% (WASELFISZ, 2012, 2014).

Vale destacar que o estado de Minas Gerais possui maior taxa de homicídio feminino que o de São Paulo com 3,1% ocupando a 26ª posição. As maiores taxas de vitimização das mulheres concentram-se na faixa dos 15 aos 29 anos de idade, sendo que, nas idades acima de 30 anos a tendência é de queda (WAISELFISZ, 2012).

No período decorrido entre 1980 e 2010 foram assassinadas, no Brasil, acima de 92 mil mulheres, 43,7 mil só na última década. O número de mortes neste período passou de 1.353 para 4.465, aumento de 230%, mais que triplicando o quantitativo de mulheres vítimas de assassinato no país. Em 2007, primeiro ano de vigência efetiva da Lei Maria da Penha, as taxas experimentaram um leve decréscimo, voltando imediatamente a crescer de forma rápida (WAISELFISZ, 2012).

O assassinato de mulheres, em sua maioria, é cometido pelos seus parceiros. Em 2013, a OMS e instituições parceiras estimaram que em torno de 38% dos feminicídios, em todo o mundo, foram praticados por parceiros do sexo masculino (STOCKL et al., 2013; WHO, 2013b).

No Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) revela que o número de óbitos por violência geral apresenta taxas de crescimento significativas, porém, são apontadas limitações na identificação precisa das situações de violência contra mulheres por este sistema. (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

Estudos com associações temporais entre o uso de álcool e a violência contra a mulher mostraram que o número de agressões contra as mulheres foram seis vezes maiores quando os homens consumiam bebidas alcoólicas exageradamente, em comparação com dias de consumo moderado de álcool (BERG et al., 2010). O uso de drogas, em especial o álcool, e as crises de ciúme aparecem como causa da violência tanto no depoimento das mulheres como dos homens, mas apesar das políticas, projetos e programas para diminuição da violência doméstica contra a mulher, esta ainda apresenta números elevados e atinge mulheres em diferentes situações socioeconômicas (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Em um ambiente permeado por brigas, humilhações, agressões, sofrimento e submissão, o uso abusivo de álcool e outras drogas pelo parceiro intensifica a violência vivida pelas mulheres. A relação torna-se ameaçadora e desagradável para a mulher que se sente desestimulada em compartilhar o mesmo espaço com o parceiro (VIEIRA et al., 2012, 2014).

Observa-se, entretanto, que há dificuldades em identificar com fidedignidade a incidência de violência contra a mulher, pois os números registrados representam apenas os casos que foram denunciados, geralmente decorrentes de lesões físicas consideráveis. Essa

subnotificação também possui relação com o conhecimento limitado dos profissionais de saúde acerca das formas pelas quais a violência pode ser manifestada, o que interfere na sua conduta com relação à investigação das causas que trazem as mulheres ao serviço de saúde (PEDROSA; SPINK, 2011; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

Pesquisas populacionais sobre violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mulher apontam que de 20% a 60% das mulheres não revelaram a ninguém sobre a violência sofrida, e poucas procuraram instituições para ajuda. Entre as mulheres que apresentaram ferimentos decorrentes da violência, 48% relataram ter precisado de cuidados para seus ferimentos, mas apenas 36% procuraram assistência (PINHEIRO, 2006).

Estatísticas confiáveis sobre a violência, populações mais expostas, suas causas e consequências são fundamentais para desenvolvimento de políticas, programas e serviços de prevenção e enfrentamento à violência (OMS, 2014).

3.3. Questões sócio culturais e sua influência no fenômeno da violência

De acordo com Tardin (2012), patriarcado caracteriza uma organização familiar, onde o pai é o chefe da família e detém o poder sobre todos outros membros que constituem o núcleo familiar; e Almeida (2010) relata que após o surgimento do movimento feminista, esse conceito é utilizado para denominar as relações desiguais de dominação dos homens sobre as mulheres.

A violência contra a mulher é um fenômeno que foi mantido em sigilo ao longo da história, e passou a ser descortinado, no Brasil, há cerca de 20 anos. Todavia, ainda é naturalizada por muitas sociedades e tida como um problema privado da família (TELES; MELO, 2003). Pode ser desencadeada por meio de conflitos familiares, interpessoais e sociais, e a opressão, dominação e crueldade são algumas formas de sua manifestação que podem ocasionar problemas de ordem física, psicológica, social e patrimonial (RAIMONDO; LABRONICI; LAROCCA, 2013).

A violência contra a mulher não é uma situação atual, mas um evento arrastado culturalmente nas relações de gênero, que traduz as diferenças entre homens e mulheres. Essas diferenças impactam na área profissional, política e social, que ressalta as desigualdades entre eles (LEÔNCIO et al., 2008). Esta construção cultural naturalizou e legitimou a desigualdade de poder, prevalecendo o domínio do homem sobre a mulher. Com isto, a forma mais frequente de violência contra a mulher é a praticada por parceiro íntimo, independente de raça, religião, classe econômica e social (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

O fenômeno da violência contra a mulher é complexo, multidimensional e mundial, mas possui uma raiz comum: a desigualdade entre homens e mulheres. Na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará", em 1994, foram reconhecidas como principal causa da violência contra a mulher, as relações desiguais de poder entre homens e mulheres, provenientes de questões histórico-sociais que legitimam a violação dos direitos humanos das mulheres (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

A violência doméstica contra a mulher é permeada por relações de desigualdade entre homens e mulheres, sendo socialmente naturalizada e repassada às outras gerações (TRINDADE; ALMEIDA; ROZENDO, 2008). Autores como Gomes et al. (2007) apontam que a maioria das relações no âmbito familiar é norteadas por relações de poder, em que as mulheres e crianças são submissas aos homens, sendo estes últimos respeitados como autoridade da família.

Crianças que convivem em relacionamentos inseguros, instáveis sem a proteção de seus responsáveis apresentam dificuldades de relacionamentos com parceiros e outras pessoas, não desenvolvem a empatia, possuem dificuldades de comunicação, baixo rendimento escolar e produtividade econômica e estão mais susceptíveis a serem perpetradores ou vítimas de violência (WHO, 2009).

Estudantes com baixo desempenho na escola possuem chance maior de se envolver em agressões físicas e apresentar problemas de comportamento. A evasão escolar também aumenta o risco de envolvimento com a violência (HERRENKOHL et al., 2000). Contudo, vínculos consistentes e uma estrutura de qualidade podem estimular o desempenho e a frequência na escola, melhorando a integração social (REYNOLDS et al., 2001).

O conceito de família se aproxima de um espaço de afetividade, harmonia e proteção de seus componentes. Entretanto, estudos mostram que homens violentos com suas companheiras também podem ter sofrido violência na infância ou presenciado a agressão entre os pais, o que caracteriza a violência intergeracional. A vivência em um cenário violento no âmbito familiar contribui para a reprodução da violência nas relações sociais (GOMES et al., 2007).

Na perspectiva de que a mulher, tradicionalmente, mantém a coesão familiar, romper a relação em função destes problemas adquire uma dimensão de fracasso pessoal. Muitas vezes as mulheres atribuem a si a culpa pelos problemas na relação com o parceiro. A obrigação dos cuidados com a família e afazeres domésticos produz um gradativo isolamento das mulheres, ainda que ocupar o lugar da domesticidade na dinâmica conjugal confirme suas concepções

sobre amor e relação com o parceiro. As mulheres não percebem que a exigência, por parte dos parceiros, da sua dedicação exclusiva ao lar representa um ato de violência e opressão (DUTRA et al., 2013).

O estudo de Porto e Bucher-Maluschke (2012), retrata que questões culturais, sociais e religiosas que pressionam as mulheres a permanecerem em situações de violência são apontadas como idealização do casamento e da maternidade. Igualmente questões como isolamento familiar e social, e sentimentos como medo, vergonha e culpa são apontadas como o que faz uma mulher permanecer em situação de violência. A dependência emocional também é identificada como algo que mantém as mulheres em situação de violência.

Estas questões culturais, pautadas em modelos autoritários, repassadas por gerações, reproduzem hábitos e costumes de opressão, submissão e hierarquia. Relações sociais mais democráticas e respeitadas configuram-se como um avanço nas transformações sociais e culturais. (VIEIRA et al., 2012).

Vários autores apontam que a violência é tida como algo natural e justificada pela ordem patriarcal, onde os homens se julgam no direito ao domínio e controle das mulheres e, para isso, recorrem à violência (ARAÚJO; MARTINS; SANTOS, 2004).

Durante muitos anos, o que acontecia dentro do cenário domiciliar era mantido em sigilo, contribuindo com a invisibilidade e subnotificação da violência doméstica, favorecendo episódios repetitivos e dificultando ações que os interrompesse (SCHRAIBER et al., 2002).

A professora e pesquisadora sobre questões de gênero da Unicamp, Ângela Maria Carneiro Araújo aponta a educação básica como um dos meios para romper a discriminação e as desigualdades que ainda persistem. É necessário avançar no processo de mudança cultural para expandir as conquistas das mulheres no Brasil (BRASIL, 2010).

3.4. Políticas Públicas de Atenção à Mulher em situação de violência no Brasil.

Neste estudo utilizaremos como referencial teórico o estado da arte da violência doméstica apresentando a evolução das políticas públicas na prevenção e contenção da violência doméstica contra a mulher.

De acordo com Ferreira (2002), estado da arte ou estado do conhecimento objetiva mapear e discutir uma certa produção acadêmica tentando responder que aspectos e dimensões vem sendo destacados em diferentes épocas e lugares.

A magnitude que envolve a violência doméstica a colocou em posição de destaque nas agendas políticas a partir dos anos 80 (LABRONICI et al., 2010) ao entender que a situação fosse enfrentada com propostas políticas para coibir e prevenir este tipo de violência, estruturando serviços de referência e organizando o sistema de registros de informações sobre a violência doméstica, na tentativa de compreender a dimensão do problema (BATISTA et al., 2013).

No Brasil, até a década de 1970, a saúde da mulher era tida como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão reprodutiva, ressaltando o papel da mulher como mãe. Esses programas eram criticados pelo movimento feminista por sua visão reducionista com relação à saúde da mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência nas outras fases de sua vida. As mulheres passaram então a reivindicar sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que vão além da gestação e parto, demandando ações que promovessem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004).

Surge, no Brasil, na década de 70, a criação dos primeiros grupos feministas, que trazem à tona a violência contra a mulher e, com este movimento, a criação de serviços específicos no atendimento à mulher como as delegacias da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência para atendimento, além de alterações na legislação nacional. A proposta do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher), implantado em 1983, permite abordar a violência como parte das necessidades de saúde da mulher (SCHRAIBER, 2001). Estes serviços surgiram da necessidade de oferecer às mulheres atenção nas áreas policial, jurídica e social vinculadas ao setor saúde. A articulação intersetorial potencializa o direito à saúde, segurança e qualidade de vida dos indivíduos (MENEZES et al., 2014).

Ao final da década de 80 a maioria dos países já possuíam movimentos feministas organizados e já existiam políticas públicas voltadas à violência contra a mulher, porém as críticas à qualidade do sistema eram gerais o que gerou a necessidade de repensar a estratégia que estava sendo utilizada (D'OLIVEIRA, 2000). A criação do PAISM, em 1983, foi resultado das demandas do movimento sanitário e do movimento feminista, reconfigurando a questão da saúde da mulher. (COSTA; AQUINO, 2002).

Um dos avanços destacados pelas feministas foi a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde, incluindo a mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, contemplando seus direitos reprodutivos e rompendo com o enfoque exclusivo da mulher como mãe (GRIFFIN, 2002).

Com o processo de Industrialização, as mulheres passaram a ocupar lugar no mercado do trabalho. Com a expansão da sociedade de consumo houve a necessidade de aumento da renda familiar. As mulheres começaram a buscar qualificação profissional e suas necessidades passaram a ir além do mundo doméstico (BRUSCHINI; SARTI, 1990). Com acesso aos métodos contraceptivos, que permitia a separação da vida reprodutiva e sexual, as mulheres começaram a superar a submissão e lutar por igualdade, tendo como consequência as mudanças nas relações de gênero (VIEIRA, 2011).

A mesma mulher que batalhou por direitos reprodutivos na década de 1980, passa ser exposta à violência psicológica, física, institucional e sexual, ou seja, uma cidadã que precisa ser amparada pelo Estado (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

A violência contra a mulher é um assunto de discussão mundial, tanto pelos impactos ocasionados na saúde individual e coletiva como também nas taxas de morbimortalidade, exigindo avanços nas políticas e ações articuladas que visem atender a mulher na sua integralidade (MENEZES et al., 2014).

A partir da década de 1980 houve uma articulação entre ONGs e grupos organizados de mulheres que estimulou a criação de novos canais de comunicação entre movimentos sociais e estado (FARAH, 2004). Mas, é a partir de 1990 que o movimento de mulheres envolve a discussão da violência às áreas da saúde e do desenvolvimento social. O tema, até então comum, mas mantido em segredo, passa a ganhar espaço público e ser explorado como um problema de saúde, vinculado ao campo das políticas públicas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

A criação das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) acontece em 1985. As DDMs possuem protocolos de trabalho marcados por uma rotina de atendimento pouco flexível. As decisões são centralizadas nas delegadas e costumeiramente não envolvem discussões em equipe. Sua função é colher informações, classificar os relatos e dar sequência aos procedimentos jurídicos cabíveis em cada caso. Informações tidas como desnecessárias são dispensadas. Nem todos os profissionais reconhecem a importância de um atendimento multiprofissional, no entanto, os que reconhecem, listam os psicólogos e médicos nesta ordem de importância (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

A comunicação entre serviços públicos e organizações não governamentais e entre os serviços públicos entre si, acontece pelo serviço de referência, no entanto, o serviço de contra referência nem sempre acontece, o que desfavorece um efetivo acompanhamento dos casos (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

Em 1985 também foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, tendo sido importante para a conquista de direitos e formulação de políticas específicas para as mulheres, sobretudo na área da saúde e de combate à violência (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal de 1988 prevê o dever do estado de assegurar “assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 1988).

Durante os anos 90, a temática da violência contra a mulher foi atrelada a três campos: direitos humanos, saúde e desenvolvimento social. Diversas conferências e fóruns desde a Segunda Conferência Mundial dos Direitos Humanos, Viena, 1993; Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994; Conferência Mundial da Mulher, Beijing, 1995; Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, Convenção de Belém do Pará, 1994, reconhecem os direitos humanos das mulheres como integrante dos direitos universais da humanidade, como direito à igualdade política, direitos reprodutivos e viver livre de violência. Neste período iniciam-se parcerias entre universidades, institutos de pesquisa e serviços que discutem estratégias para prevenção e assistências aos casos de violência (D’OLIVEIRA, 2000). A Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, prevê o direito à vida e a liberdade, mas o direito de viver sem violência pode-se dizer que é recente.

Estudos realizados sobre a produção bibliográfica brasileira mostram que, na década de 90, a violência contra a mulher passou a ser explicada a partir de questões de gênero, baseado nas relações de dominação e desigualdade entre mulheres e homens (GOMES, 2003).

A Convenção de Belém do Pará (1994) foi o primeiro tratado específico para combater a violência contra a mulher, no continente sul-americano, e que repercutiu em muitos países do mundo. A América Latina foi o lugar que mais avançou na criação de mecanismos no combate à violência contra a mulher, fenômeno rotineiro no cotidiano de muitas mulheres. Foi a Convenção de Belém do Pará que abriu espaço para os países envolverem-se no combate à violência contra a mulher (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

A Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995 incluiu diversas diretrizes no campo das políticas públicas e dentre elas, tratou a violência com uma proposta de criação de programas que atendam mulheres em situação de violência doméstica e sexual, incluindo atenção jurídica, psicológica e médica, e que estas áreas se articulassem entre si. Na conferência também foi proposta a criação de abrigos concebidos como locais de recuperação, reinserção social e resgate da auto-estima da mulher (FARAH, 2002).

O tema violência até então desenvolvido pela segurança pública e justiça passa, a partir da década de 1990, a compor a agenda de prioridades da OMS, e a ser tratada como problema de saúde pública em 1992 na Conferência de Atenção Primária em Saúde de Santa Fé e em 1997, na Conferência de Atenção Primária em Saúde de Jacarta. Em 2001, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência visando a vigilância, prevenção e atenção às vítimas de causas externas (CABRAL; MAIA, 2012).

O balanço das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, mostra que, nesse período, trabalhou-se na resolução de problemas, privilegiando a saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna. Houve um avanço no que se refere à integralidade e a incorporação do tema sobre violência sexual (BRASIL, 2004; CORREA; PIOLA, 2003).

Em 2003, através da lei 10.714, foi disponibilizado a central de atendimento à mulher, através do Ligue 180, um instrumento de auxílio ao enfrentamento dos variados tipos de violência. A central acolhe e orienta a mulher, e mostra números e formas de violência, dando maior visibilidade ao problema, porém uma parcela significativa da população desconhece este serviço (BRASIL, 2010).

Por meio da Portaria MS/GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção às Urgências, prevendo o aperfeiçoamento e expansão dos atendimentos pré, intra e pós-hospitalares das vítimas de acidentes e violências. A notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Entre eles destacam-se a Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços públicos e privados de saúde, sendo os profissionais de saúde os responsáveis pela notificação dos casos. Este registro fornece dados que contribuem com o mapeamento das ações de enfrentamento à violência contra a mulher. O Decreto nº 5.099, de 03 de junho de 2004, regulamenta, em específico e para todo o território nacional a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher. Em 2004, foi proposta a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, mediante a Portaria MS/GM nº 936, de 18 de maio, visando à implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local. Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas (BRASIL, 2009).

Dentre os objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004, é contemplado a promoção da atenção integral às mulheres em situação de violência doméstica e sexual com a organização de redes integradas para este atendimento (BRASIL, 2004).

Em 2004 aconteceu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Neste evento foi elaborado um documento que previa objetivos e metas priorizando quatro eixos de ação: Autonomia e Igualdade no Mundo do Trabalho, Educação Inclusiva e Não-Sexista, Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Reprodutivos e Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Em 2007, envolvendo 200 mil mulheres em todo o Brasil, realizou-se a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que além de avaliar a implementação das ações previstas na I PNPM, incorporou ao plano a ocupação dos espaços de poder e de decisão pelas mulheres, o enfrentamento ao racismo e à lesbofobia e a temática ambiental (BRASIL, 2010).

No Brasil, em 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha de nº 11.340, no intuito de combater a violência doméstica. A lei vem para atender os anseios da sociedade contra a sensação de impunidade aos casos de violência doméstica. Esta lei é um dispositivo legal brasileiro que visa aumentar o rigor das punições sobre crimes domésticos e é aplicada aos homens que agredem física ou psicologicamente uma mulher (BRASIL, 2006). Após a sanção da lei Maria da Penha, as mulheres se sentem mais seguras em denunciar as situações vivenciadas, tendo a oportunidade de serem atendidas por instituições específicas de proteção à mulher (BRASIL, 2010).

A criação e aplicação de leis sobre crimes e violência são fundamentais para estabelecer normas de comportamentos, bem como oportunizar à sociedade maior segurança, proteção e apoio (KEANE; BELL, 2013). Contudo, elas devem ser divulgadas no intuito de conscientizar a população e ter apoio sobre elas (OMS, 2014).

Foi publicado em 2006, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, dois documentos que visavam a padronização do atendimento às mulheres em situação de violência. A Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência e a Norma Técnica de Padronização das Delegacias de Atendimento à Mulher, objetivando melhorar o atendimento nesses serviços. Estas normas estabeleceram regras, diretrizes, procedimentos, atribuições e referenciais normativos de acordo com os Tratados e Convenções Internacionais dos quais o Brasil é signatário. Cerca de 50 mil profissionais da área de segurança pública foram

capacitados para melhor atender pessoas em situação de violência doméstica e de gênero, por meio de cursos no ensino à distância (BRASIL, 2010).

Atendendo à uma demanda histórica reiterada pela Marcha das Margaridas, em 2007 realizou-se o Fórum Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher do Campo e da Floresta. O Fórum foi o responsável pela Campanha “Mulheres donas da própria vida”, dando visibilidade à violência de gênero no meio rural. Esta mobilização trouxe como resultados, além da visibilidade e reconhecimento social, a expansão de programas e políticas públicas em favor das mulheres (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, de 2008, estabeleceu ações baseadas no conceito de enfrentamento à violência e de rede intersetorial de atendimento. Aumentou o número de hospitais preparados para atender mulheres em situação de violência e capacitou profissionais de saúde para este tipo de atendimento. Houve aumento no número de defensorias, delegacias, juizados e postos policiais de atendimento especial à mulher (BRASIL, 2008, 2010).

No mesmo ano foi implantado, no país, a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências permitindo levantar a existência deste tipo de agravo e a dimensão do problema, com a finalidade de avaliar a necessidade de organizar serviços de atenção para este fim (BRASIL, 2009).

De acordo com a Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2011, passou a ser obrigatória a notificação dos casos de violência doméstica por parte dos profissionais de saúde, independente do consentimento da vítima (BRASIL, 2011). A notificação como instrumento que fomenta a construção de políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulheres é defendida pelos profissionais de saúde, ainda que apareça de modo mais isolado na fala dos profissionais da área das ciências humanas (KIND et al., 2013).

O Decreto nº. 8.086, de 30 de agosto de 2013 lançou o programa “Mulher, Viver sem Violência” cujo objetivo é integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, articulando saúde, justiça e segurança pública (BRASIL, 2013).

A lei de número 13.104, de 9 de março de 2015, alterou o código penal para prever o feminicídio como um tipo de homicídio qualificado e incluí-lo no rol dos crimes hediondos. O feminicídio é caracterizado quando a mulher é assassinada justamente pelo fato de ser mulher. Esta lei indica que sejam tomadas providências mais rigorosas em resposta aos altíssimos índices de violência contra as mulheres no Brasil (BRASIL, 2015).

No ano de 2017, do começo ao fim, a mídia divulgou várias atitudes masculinas que trouxeram desconforto e constrangimento para mulheres, podendo ser caracterizadas como violência física, psicológica e/ou sexual. Ator de primeiro escalão de emissora foi denunciado por assédio sexual por colega de trabalho; cantor sertanejo acusado de violência física à esposa grávida. Participante de reality show foi eliminado por agressões físicas e psicológicas, onde sua parceira foi atendida na emissora por representantes de uma delegacia da mulher. A emissora se posicionou diante dos três fatos, afastando os acusados de suas atividades. Novela das nove vem retratando a violência doméstica praticado por parceiro, sendo o álcool e o ciúmes como fatores precipitantes das agressões. As cenas mostram as variadas formas de violência física, psicológica, sexual e patrimonial. A vítima quando necessita de atendimento dos serviços de saúde não revela o vivido, permitindo o agravamento da situação. Diariamente são divulgados feminicídios, tendo como principal fator o ciúmes e também mulheres molestadas em transportes públicos.

Diante do contexto, é possível perceber que a questão da violência contra a mulher não é um problema atual, porém, aos poucos vêm sendo descortinada, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Ainda assistimos à violência masculina contra as mulheres, às diferenças salariais das trabalhadoras e à exclusão da mulher na ocupação de papéis econômicos e políticos (SAFFIOTI, 2000).

As políticas públicas estão avançando, no entanto, além dos avanços na políticas de prevenção e contenção da violência doméstica, faz-se necessário atitude, pois apesar da questão ganhar legitimidade e reconhecimento mundial, as práticas profissionais permanecem aquém do recomendado pelas políticas e normatizações de atendimento (KISS; SCHRAIBER, 2011)

O enfrentamento da violência contra a mulher depende da articulação entre vários seguimentos da sociedade, governamentais ou não, que envolvam ações e estratégias buscando melhorias na qualidade de vida das mulheres (PALHONI; AMARAL; PENNA, 2014).

A construção de políticas e ações voltadas à atenção a mulheres em situação de violência deve ser baseada no cuidado que vise a integralidade, a resolutividade, o fortalecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

Portanto, as políticas públicas de saúde no Brasil que orientam essa atenção existem, mas existe também diversas lacunas em relação à capacitação dos profissionais para esse cuidado. Esse cenário colabora para que casos de violência contra a mulher não sejam

detectados pelos serviços de saúde tamanha às dificuldades encontradas pelos profissionais (MACHADO, 2016; MINAYO; DESLANDES, 2007).

Ter conhecimento sobre as políticas públicas direcionadas ao atendimento de mulheres em situação de violência pode ser um grande passo a seguir pelos profissionais, para que tenham condições de praticar uma assistência humanizada (BEZERRA et al., 2012).

3.5. Formação Profissional no enfrentamento à violência contra a mulher.

A educação profissional, desde as suas origens, sempre foi direcionada às classes menos favorecidas, estabelecendo-se diferenciação entre aqueles que detinham o saber e aqueles que executavam as tarefas manuais. Atualmente a educação profissional exige além da execução de tarefas, a compreensão do processo produtivo e a capacidade de tomada de decisões (BRASIL, 2012).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos na área da saúde apontam que a formação do profissional de saúde deva abordar sobre o sistema de saúde vigente, o trabalho em equipe e a assistência integral em saúde. Sendo assim, para contemplar a integralidade da atenção à saúde percebe-se a necessidade de mudança na formação dos profissionais dessa área de conhecimento, contribuindo com o atendimento dos princípios previstos pelo SUS (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Desde o final do século XX, vários desafios para a formação profissional em saúde vêm emergindo em decorrência às transformações no mundo do trabalho. Consequentemente faz-se necessário atender às exigências de capacitação e atualização profissional (BRASIL, 2006; DELORS et al., 2000; VASCONCELOS, 2006).

A enfermagem é uma das profissões onde o mercado de trabalho continua em expansão. A diversidade nas áreas de atuação de enfermagem aumenta as oportunidades de empregabilidade, podendo ser uma das principais motivações que fazem com que os cursos de enfermagem possuam uma alta demanda (COSTA et al., 2008; FERREIRA et al., 2007).

No Brasil, o mercado de trabalho para enfermagem apresenta elevada oferta de emprego, principalmente na área da saúde pública. O SUS aumentou o acesso da população e a área de abrangência, e com isto aumentou empregabilidade, demonstrando que ainda há muito a avançar na consolidação do sistema, inclusive nas mudanças da estrutura curricular dos cursos da saúde. Porém, têm se observado que o perfil dos profissionais formados ainda não é adequado o suficiente para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas

que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção e reabilitação (BARBOSA et al., 2011; ERDMANN et al., 2009).

O mercado de trabalho exige profissionais com níveis de educação e qualificação cada vez mais elevados, que além de destreza manual tenham capacidade de inovar, tomar decisões e atender às mudanças que vêm ocorrendo (KOBAYASHI; LEITE, 2004). Na saúde, o profissional deve atender às necessidades dos pacientes em primeiro lugar, mas as sensações de vulnerabilidade e medo também precisam ser abordadas para que o cuidado à vítima de violência seja eficaz (COLES; DARTNALL; ASTBURY, 2013).

A enfermagem vem investindo na formação de profissionais habilitados para atuarem no cuidado integralizado voltado para uma prática humanista. A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro, porém, na prática, ela não tem se concretizado (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011; NOAL; TERRA, 2009).

É necessário criar condições favoráveis que propiciem reflexões sobre as práticas profissionais e permitam a produção de novos estudos coletivos que incentivem práticas profissionais humanizadas que aproximem os serviços de saúde aos princípios do SUS (ANDRADE; ARTMANN; TRINDADE, 2011).

A necessidade de atender às demandas dos serviços de saúde tem impulsionado processos de mudança curricular na educação destes profissionais, que propõem a formação de profissionais com habilidades de prestar atenção integral e humanizada à população, tenham capacidade de tomar decisões de acordo com o contexto da clientela assistida, correlacionando com os recursos disponíveis (FEUERWERKER, 2002).

Os cursos de formação profissional na área da saúde possuem uma carga horária volumosa de atividades práticas, estágios, em sua maioria, realizados em serviços públicos de saúde. Entende-se que os ambientes de trabalho/estágio são espaços privilegiados para a vivência dos estudantes, pois permitem o contato com os usuários, trabalhadores e comunidades em contextos diferenciados. Em contrapartida, tal relação permite aos trabalhadores repensar sua prática, atualizar e produzir conhecimentos (CREVELIM, 2014).

O desenvolvimento de integração da escola com a comunidade realiza-se a partir da necessidade de criar uma demanda para atendimento, que possibilita atividades práticas para os estudantes e favorece o processo de aprendizagem. Estudiosos em educação, particularmente os que tratam da educação em saúde, tem proposto uma metodologia ativa de aprendizagem em que o estudante é o protagonista e o professor é um mediador das atividades propostas, oferecendo oportunidades significativas para valorizar a capacidade do estudante. As

metodologias ativas proporcionam o desenvolvimento da interação de professores e estudantes, colocando o futuro profissional da saúde como sujeito da aprendizagem (CREVELIM, 2014).

Neste sentido, ressalta-se a importância das Instituições de ensino em desenvolver ações e projetos que aumentem a visibilidade da questão da violência contra a mulher, cumprindo sua função no processo de transformação da sociedade (SANTOS; LISBOA, 2005). A Lei Maria da Penha, em seu artigo 8, prevê o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos referentes aos direitos humanos, à equidade de gênero e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2015).

Os profissionais de enfermagem estão em contato direto com as vítimas de violência, pois é nos serviços de saúde que geralmente buscam ajuda. Para que os profissionais de enfermagem reconheçam a violência e cuidem das vítimas com efetividade faz-se necessário que estejam capacitados para tal, criando condições de estabelecer uma relação de cuidado que vai além de ações técnicas, com o estabelecimento de vínculos de cuidado com a vítima (FERRAZ et al., 2009).

A OMS há algum tempo já vem alertando sobre a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher, pois as estatísticas apontam que a questão está sendo subnotificada, ocultada ou não documentada (OPAS, 1998). Estudos como de Schraiber e D'Oliveira (1999) apresentam as dificuldades que mulheres em situação de violência têm em procurar ajuda e, quando procuram, necessitam ser acolhidas adequadamente.

Um estudo envolvendo universitários de uma instituição pública no estado de Minas Gerais constatou que, embora a violência seja tema atual, a capacitação profissional para lidar com o problema ainda é falha, sugerindo que universidades revejam as estruturas curriculares de seus cursos, envolvendo disciplinas que discutam sobre questões de gênero e estimulando a adoção de práticas voltadas a identificar a violência contra mulheres (SILVA et al., 2016).

Lacunas como estas, na formação, impactam no desempenho dos profissionais nos serviços de saúde que, muitas vezes, se sentem despreparados para lidar com as questões associadas à violência doméstica. Inaptos para o enfrentamento da situação, os profissionais vão criando sua própria maneira de atendimento, na prática (PEDROSA; SPINK, 2011).

Uma pesquisa revela que os estudantes de enfermagem que receberam treinamento sobre violência por parceiro antes de concluírem seu curso possuíam mais conhecimento e preparo profissional para lidar com a situação, mostrando a necessidade de inclusão do tema no currículo de formação da enfermagem, com o objetivo de articular ensino e assistência,

desenvolver práticas consistentes e dar visibilidade a este tipo de violência (BECCARIA et al., 2013; SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014).

Entende-se que a abordagem do conteúdo sobre violência só chamará a atenção do futuro profissional se o processo de ensino-aprendizagem for pautado em um método baseado em situações problema, valorizando as experiências e saberes dos estudantes, e permitindo espaços de diálogos (MACHADO, 2016).

A prática tem revelado que se faz necessário discutir os modos de cuidar em enfermagem à mulher em situação de violência de modo que este atendimento transcenda o modelo biomédico criando a possibilidade de descortinar outros problemas que venham afetar a integridade física e emocional da mulher (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

O atendimento fragmentado que muitos profissionais dispensam à mulher, sem perceber situações de violência que a mesma possa estar envolvida é consequência da falta de capacitação e sensibilização durante a formação profissional, refletindo nos serviços, que negligenciam esse problema (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

O desenvolvimento dos serviços públicos diante dos casos de violência contra a mulher deve ser permeado por processos contínuos de capacitação e sensibilização profissional, orientado pelos princípios do Sus, tais como a integralidade e equidade (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

Da perspectiva da intervenção, as propostas devem ser bastante inovadoras, não bastando uma incorporação de protocolos tradicionais, em guias tecnicistas de ação ((KISS; SCHRAIBER, 2011). Sugere-se que a assistência integral e questões de gênero sejam temas incorporados na formação dos profissionais de saúde (VIEIRA et al., 2014).

O acolhimento dispensado à mulher no serviço de saúde, principalmente na atenção básica, possibilitará a construção de estratégias de enfrentamento em situação de violência. Essas estratégias irão colaborar para a redução ou eliminação da vulnerabilidade à violência e a promoção da saúde (PEDROSA; SPINK, 2011). A Estratégia de Saúde da Família é um importante canal na detecção precoce da violência doméstica, levando em conta que trabalha com a contextualização, longitudinalidade e integralidade. Com isto, profissionais de enfermagem capacitados poderão ser atuantes na prevenção e combate à violência doméstica.

Os profissionais de saúde precisam estar preparados para identificar a violência como agravo à saúde, podendo contribuir para a maior visibilidade do problema (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Ademais, o reconhecimento precoce da violência poderá reduzir o agravamento da situação (PEDROSA; SPINK, 2011).

Os currículos pedagógicos das instituições de ensino com cursos na área da saúde precisam melhor abordar a temática da violência contra mulher no intuito de preparar seus profissionais para o reconhecimento, atendimento e acompanhamento dos casos, contemplando a interação entre escola, serviço e comunidade (PEDROSA; SPINK, 2011).

A formação profissional em saúde e a capacitação permanente devem contemplar a abordagem da violência preparando os profissionais de saúde para desenvolver competências relacionais e habilidades interpessoais indispensáveis ao cuidado humanizado (GOMES et al., 2013).

Desta maneira, um dos desafios da prática de enfermagem é identificar as mulheres em situação de violência e o outro é ter profissionais técnicos de enfermagem capacitados para o acolhimento e atendimento da mulher vitimizada, pois um profissional com fragilidades em sua qualificação pode expor seus clientes à riscos desnecessários.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório e transversal de abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva é a mais imediata sobre um dado evento relacionado à saúde-doença em nível coletivo. Consiste em distribuir a ocorrência do problema segundo as suas diversas características representadas por uma ou mais de uma variável circunstancial (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Para Netto (2006) a pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa a oferecer informações sobre o objeto desta. Cervo, Bervian e Silva (2007) descrevem a pesquisa exploratória como um estudo que não necessita da elaboração de hipóteses para serem testadas, podendo restringir-se à definição dos objetivos e busca de informações sobre determinado assunto.

Estudo de corte transversal é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

A maior vantagem dos estudos transversais está relacionada com a prontidão com que se podem tirar conclusões e com a não existência de um período de seguimento, tornando-os mais rápidos e baratos.

Na pesquisa quantitativa são utilizados métodos para descrever uma variável quanto à sua tendência central ou dispersão, dividi-la em categorias e descrever a sua frequência em grandes populações (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

4.2. Local do estudo

A cidade de Muzambinho está localizada em Minas Gerais, estado com 586.528 Km² e dividido em 853 municípios, sendo caracterizado pela regionalização e diversidade de sua economia e recursos naturais. O município de Muzambinho apresenta, em 2016, uma população estimada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 21.012 habitantes e área territorial de 409.948 km².

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul de Minas Gerais (IFSULDEMINAS) – Campus Muzambinho está localizado na região Sul do Estado de Minas Gerais, Estrada de Muzambinho – Km 35 – Bairro Morro Preto, a 5 km da sede do município de Muzambinho. E vem exercendo forte influência sobre aproximadamente 60 cidades em seu entorno (POUSO ALEGRE, 2013).

Antes de se constituir Instituto, a instituição era uma escola agrotécnica. A Escola Agrotécnica Federal de Muzambinho começou com a promulgação da Constituição Federal de 1946, quando foram criadas escolas agrícolas para formarem técnicos agrícolas entre os 16 filhos de pequenos produtores rurais. Eurico Gaspar Dutra era o Presidente da República (1946 a 1951) e através do Decreto de Lei n.º 9.613, de 20 de Agosto de 1946 e dos artigos 2º e 4º do Decreto Federal n.º 22.470, de 20 de Janeiro de 1947, foram delineados os mecanismos para desenvolver tais escolas. O então Deputado Federal Dr. Lycurgo Leite Filho iniciou um exaustivo trabalho para conseguir a instalação de uma Escola Agrícola em Muzambinho. No dia 22 de outubro de 1948, finalmente os esforços do Dr. Lycurgo Leite Filho se concretizaram e foi assinado o primeiro Termo de Acordo entre o Governo Federal e o Estado de Minas Gerais, com validade de um ano, para instalar no Município de Muzambinho a Escola Agrotécnica, ligada ao ministério da Agricultura, sendo Ministro o Dr. Daniel Serapião de Carvalho (POUSO ALEGRE, 2013).

Em 2008 a Escola Agrotécnica Federal de Muzambinho se transforma em Instituto Federal. O IFSULDEMINAS foi constituído pela Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008, que delimitou seus serviços educacionais dentre aqueles pertencentes à educação profissional, técnica de nível médio e superior, e estabeleceu sua finalidade de fortalecer o arranjo produtivo, social e cultural regional (POUSO ALEGRE, 2013).

O IFSULDEMINAS campus Muzambinho atualmente oferta cursos presenciais de nível técnico integrado ao ensino médio, cursos técnicos subsequentes, cursos de graduação e pós-graduação, além dos cursos à distância. Os cursos técnicos integrados ao ensino médio são: Técnico em Agropecuária, Técnico em Alimentos e Técnico em Informática. Na modalidade Proeja- Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica para Jovens e Adultos, oferta o ensino médio integrado ao curso Técnico em Edificações. Os cursos técnicos subsequentes são em Administração, Agropecuária, Contabilidade, Enfermagem, Informática, Segurança do Trabalho e Meio Ambiente. Possui como cursos de graduação, bacharelado, Engenharia Agrônoma, Ciência da Computação, Educação Física e Medicina Veterinária e com licenciatura Ciências Biológicas e Educação Física. Como curso de

graduação também oferta Tecnologia em Cafeicultura. Possui os cursos de pós-graduação em Cafeicultura e Gestão Pública. Totalizando 20 cursos presenciais (POUSO ALEGRE, 2013).

Os cursos técnicos de nível médio possuem uma estrutura curricular fundamentada na concepção dos eixos tecnológicos constantes no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), aprovado pela resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica CNE/CEB nº 03/2008, com base no parecer CNE/CEB nº 11/2008 e instituído pela Portaria Ministerial nº 870/2008. Atualizado pela Resolução CNE/CEB nº 04 e 06 de junho de 2012, que trata da atualização do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Trata-se de uma concepção curricular que favorece o desenvolvimento de práticas pedagógicas integradoras e articula o conceito de trabalho, ciência, tecnologia e cultura, à medida que os eixos tecnológicos se constituem de agrupamentos dos fundamentos científicos comuns, de intervenções na natureza, de processos produtivos e culturais, além de aplicações científicas às atividades humanas (POUSO ALEGRE, 2013).

O curso Técnico em Enfermagem teve início em 2003. É um curso presencial, noturno, com duração de três semestres letivos. A forma de ingresso se dá por meio de processo seletivo, com oferta de 40 vagas semestralmente. A matriz do curso está organizada por disciplinas em regime modular semestral, e com carga horária total de 1900 horas, sendo 1200 horas destinadas às disciplinas de bases científica e tecnológica, 600 horas destinadas a prática profissional, referente ao estágio supervisionado (obrigatório) e 100hs destinadas ao trabalho de conclusão de curso (POUSO ALEGRE, 2013).

A estrutura curricular do curso aponta três disciplinas que abordam sobre a saúde da mulher, sendo elas: Assistência Materno-Infantil I e II, no segundo módulo, com carga horária de 110 horas; Assistência Materno-Infantil III, no terceiro módulo, com carga horária de 70 horas e Saúde Coletiva III, no terceiro módulo, com carga horária de 40 horas, porém no ementário das disciplinas, nenhuma delas aborda especificamente o tema violência contra a mulher. O Curso tem por finalidade a formação de profissionais comprometidos, éticos e dinâmicos, que sob a supervisão do Enfermeiro sejam capazes de prestar assistência de Enfermagem integral ao cliente/paciente sob sua responsabilidade. O projeto pedagógico consultado está em vigência desde 2013 e em 2017/2018 está em processo de reformulação (POUSO ALEGRE, 2013).

4.3. População e Amostra do estudo

A população do estudo foi composta por todos os estudantes com idade igual ou superior à 18 anos, matriculados nos três módulos do curso técnico em enfermagem do Instituto Federal de um município mineiro.

Dos 97 estudantes matriculados, um recusou-se a participar e 12 não estavam presentes no momento da coleta. A amostra final contou com 84 participantes.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudantes regularmente matriculados no referido curso, que tivessem 18 anos ou acima dessa idade e excluídos os estudantes que espontaneamente declarassem ter vivenciado situação de violência até o momento da coleta de dados.

4.5. Realização das Entrevistas/ Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos dias 26 de abril de 2017 (módulos I e III) e três de maio de 2017 (módulo II), num espaço autorizado pela Instituição e de acordo com a disponibilidade do curso.

Uma docente (pedagoga) do IFSULDEMINAS foi capacitada para realizar a coleta de dados em abril de 2017. O treinamento foi realizado no IFSULDEMINAS pela pesquisadora, e envolveu aspectos relacionados a técnicas de entrevista, instruções de preenchimento do questionário e termo de consentimento.

A opção por capacitar outro docente que não fosse da área específica da enfermagem e não ter a presença do pesquisador durante a coleta teve o intuito de evitar interferências nas respostas e garantir a impessoalidade dos resultados.

Os estudantes receberam um formulário com instruções para responder o questionário. As entrevistas foram realizadas em sala de aula, durante o horário da mesma e todos os estudantes da turma respondiam ao questionário simultaneamente.

4.6. Instrumento de Coleta de Dados

Trata-se de um instrumento testado e validado, construído e adaptado por Baraldi (2009) tendo por base a literatura revisada e um instrumento utilizado por Vieira e Vicente (2008). Para escala de atitudes, a autora realizou adaptação de um instrumento utilizado na África do Sul por Peltzer, Mashego e Mabeba (2003). Este instrumento foi traduzido, incluindo dois tradutores independentes, back translation e três juízes especializados no assunto (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Questões abordando variáveis sociodemográficas também foram acrescentadas ao instrumento pela autora.

A versão original elaborada por Baraldi foi composta por 65 questões que adaptadas ao público alvo deste trabalho apresentou uma versão final composta por 57 questões (Anexo A), divididas em três partes, que trazem:

- 1- Informações gerais dos participantes: características sociais e demográficas com 09 perguntas traçando o perfil dos participantes.
- 2- Dados relacionados à percepção e atitudes dos participantes acerca do tema da violência de gênero com 17 perguntas referente à sentimentos, visão e conceitos sobre violência de gênero.
- 3- Dados relacionados ao conhecimento dos participantes acerca do tema violência contra a mulher com 31 perguntas, sendo 11 perguntas relacionadas à definição e epidemiologia da violência de gênero; cinco perguntas relacionadas ao conhecimento sobre a revelação da violência de gênero e 15 perguntas sobre o conhecimento quanto ao manejo dos casos de violência de gênero.

As questões de um a cinco do instrumento original foram excluídas por se tratar de perguntas que envolvem a capacitação profissional nos serviços de saúde, tendo em vista que a população em estudo são estudantes de um curso técnico em enfermagem. A questão 22 foi excluída, que trata da renda per capita da família, pois com as respostas das duas questões anteriores era possível responder a esta. As questões 23 a 26 também foram excluídas por não serem pertinentes ao nível técnico. Foram acrescentadas duas questões relacionadas às características sócio-demográficas do entrevistado, sendo as questões que se referem ao chefe da família e a procedência do participante.

4.7. Variáveis do Estudo

4.7.1. Variáveis Sociodemográficas

As principais variáveis empregadas no estudo estão relacionadas às informações gerais dos participantes e estão assim especificadas: idade (data de nascimento), cor/etnia (auto declarada, considerando a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) definida como branca, preta, parda, amarela, indígena, não sabe/não declarou), religião (católica, evangélica, espírita, umbanda/candomblé, outras, sem religião e não sabe), estado civil (casado, solteiro, divorciado, separado, viúvo ou união estável) renda familiar mensal (em reais), número de pessoas na residência (número de pessoas que vivem na residência do entrevistado), chefe da família (principal responsável pela família), procedência (local de origem do entrevistado) e cidade e estado em que passou a maior parte da vida (nome da cidade e estado).

4.7.2. Percepção e atitude dos estudantes acerca da violência de gênero

Para conhecer a percepção dos estudantes em relação à violência de gênero foram realizadas 17 perguntas referente à sentimento, visão e conceitos relacionados ao tema (anexo A, questões 10, 11 e 12).

A questão 10 pesquisou sobre o sentimento dos estudantes ao abordar pacientes com questões sobre uso de substâncias lícitas ou ilícitas, sexualidade e violência. Seu sentimento deveria ser classificado em “incomodado”, “à vontade” ou “indiferente” objetivando investigar dificuldades, ou não, dos estudantes em lidar com questões de violência de gênero.

A questão 11 investigou se os estudantes acreditavam que mulheres em situações de violência tem alguma vantagem sobre isto, tendo como opção de resposta sim ou não.

Na questão 12 os estudantes deveriam responder perguntas relacionadas à agressão à mulher e se posicionar em “concordo”, “discordo” ou “indiferente” com o objetivo de conhecer conceitos, preconceitos e percepções sobre violência de gênero. Seguem as afirmativas:

- O papel do médico em caso de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenham para crianças vitimizadas.
- A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é considerada e tratada como um problema médico.
- A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por fatores sociais como desemprego.

- A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas.
- A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por problemas psicológicos da vítima.
- A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por problemas psicológicos do parceiro.
- As mulheres agredidas pelo parceiro íntimo mantêm-se nessa situação devido ao seu masoquismo.
- Os parceiros íntimos agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.
- Os parceiros íntimos agressores deveriam ser presos por agressão.
- É aceitável que um parceiro íntimo bata em sua esposa, se tiver sido realmente provocado.
- A agressão do parceiro íntimo à mulher é um assunto de fórum íntimo e privado.

4.7.3. *Conhecimento dos estudantes acerca da violência de gênero*

Foram organizados em conhecimento I, II e III, no intuito de avaliar o conhecimento dos estudantes acerca da violência de gênero.

Conhecimento I

O conhecimento I avaliou o conhecimento dos participantes em relação aos conceitos e epidemiologia relacionados à violência de gênero. Foi composto por 11 questões, sendo 10 questões com opções de respostas: “Verdadeiro, Falso ou Não sei” e uma para enumerar a ordem de aparecimento dos sinais e sintomas comuns em situações de violência.

As questões que se referem à definições de violência correspondem à questão 13 (Anexo A) e todas as afirmativas são verdadeiras. Atribui-se um ponto para cada resposta correta e 0 para incorreta ou desconhecida.

- 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 cometidos por parceiro íntimo.

-Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher pelo 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.

Com relação ao conhecimento da epidemiologia relacionada à violência de gênero, esta se refere à questão 14 (Anexo A) e composta de quatro afirmativas.

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

-Poucas vezes que uma mulher é agredida há lesão corporal (V).

-Uma em cada cinco mulheres que frequentam 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 Muzambinho (F).

A questão 15 é referente à abordagem da violência pelo profissional:

-Você acha que perguntar sobre situações de violência contra a mulher é seu papel profissional? (V)

A questão 16 está relacionada à ordem de aparecimento dos sinais e sintomas decorrentes de violência contra a mulher, tais como: depressão, distúrbio neuro-vegetativo, agitação, insônia, queixas vagas, crônicas e sem causa física aparente; dor pélvica crônica, infecção do trato urinário crônica, ferimentos que não se explicam e outros.

Conhecimento II

No conhecimento II foi avaliado o conhecimento dos participantes sobre as formas de abordagem que favorecem a revelação da violência por parte da mulher. Se refere à questão 17 do questionário, composto por cinco questões tendo como opções de respostas “Verdadeiro, Falso ou Não sabe”. Seguem as afirmativas:

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 seja a queixa principal da paciente (F).

- Perguntar se há alguém com problema 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 de seu parceiro”? (V).

Conhecimento III

No conhecimento III foi avaliado a conduta do participante diante de casos confirmados e suspeitos de violência. Foram no total 15 perguntas com opções de resposta “Verdadeiro, Falso e Não sabe”. A questão 18 (Anexo A) são cinco perguntas relacionadas à conduta profissional aos casos confirmados de violência e a questão 19 (Anexo A), 10 perguntas relacionadas à conduta profissional aos casos suspeitos de violência. Em relação à conduta em casos confirmados 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 um mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa (V).
- O médico deve prescrever calmante/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com 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 suspeita de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo, o profissional: (questão 19)

- Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente (F).
- Deve propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e para 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 de 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).

4.8. Análise dos dados

Inicialmente os dados foram organizados em planilha com uso do excel 2010 e validados por dupla digitação (primeiro semestre de 2017). Posteriormente os dados foram transportados para o pacote estatístico do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0, pacote institucional da EERP – USP (segundo semestre de 2017).

O processo de análise de dados da presente pesquisa iniciou-se com uma análise descritiva resultando em tabelas de frequência para variáveis qualitativas (ordinais ou nominais). As análises descritivas contaram ainda com a inclusão do intervalo de confiança para a proporção (IC95%), calculado pelo método de reamostragem de bootstrap, que obtém sua amostra via amostragem com reposição da amostra original em 1.000 vezes.

A análise de significância estatística foi realizada por meio de testes estatísticos conduzidos pelo Programa SPSS 22.0. Para a comparação e associação os dados foram avaliados quanto à normalidade e variâncias. Assim, os testes paramétricos e não paramétricos foram executados de acordo com o resultado do teste de normalidade, sendo considerado estatisticamente significativo os resultados que permanecessem no nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). O intervalo de confiança adotado foi 95%.

4.9. Aspectos éticos

Após o consentimento do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Sul de Minas- campus Muzambinho, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de acordo com as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012.

A solicitação ao Instituto foi efetuada por meio do envio de ofício (Apêndice A).

A coleta de dados da pesquisa se fez mediante aprovação do CEP (Anexo B).

Os estudantes foram informados sobre os objetivos e questões éticas da pesquisa, confidencialidade e aspecto voluntário da participação e em caso de concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) em duas vias, em que uma via foi fornecida ao participante e outra ficou aos cuidados da pesquisadora.

4.10. Riscos e benefícios

Os riscos que eventualmente poderiam ocorrer são de ordem subjetiva, caso o estudante julgasse seu baixo conhecimento sobre a temática ou desconforto ao participar da pesquisa, pois ao responder algo ou lembrar de situações que já tenha vivenciado acerca dessa temática, poderia sentir-se incomodada(o).

Para o manejo de eventuais desconfortos, foi esclarecido aos participantes que os mesmos poderiam interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento e conversar sobre este sentimento com um dos pesquisadores, que estariam presentes na Instituição, em sala reservada.

Os benefícios estão relacionados com a proposta de formação de profissionais técnicos em enfermagem capazes de prestar cuidado efetivo e integral às mulheres em situação de violência doméstica.

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três etapas: caracterização do perfil sócio demográfico e econômico dos entrevistados, percepção dos estudantes acerca da violência de gênero e o seu conhecimento em relação à temática.

5.1. Perfil sócio demográfico e econômico dos entrevistados

Traçando o perfil sócio demográfico da população em estudo, observou-se que 91% dos estudantes Técnicos em Enfermagem são do sexo feminino. A cor branca foi a mais frequente entre estudantes do módulo um com 48,1%, enquanto entre os estudantes do módulo dois, a cor parda atingiu 39,3% e entre os estudantes do módulo três houve uma distribuição equitativa de brancos e pardos, representando 48,3% para cada uma delas. A religião católica foi predominante entre os estudantes dos três módulos, sendo a opção de 65% dos estudantes e com relação ao estado civil, 72% de todos os estudantes encontram-se solteiros. Nos três módulos, o pai ou padrasto teve maior representatividade como chefe de família, o que correspondeu à 43%. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo perfil sócio demográfico, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Módulo 3			
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Sexo												
Masculino	2	7,4	,0	18,5	2	7,1	,0	17,9	3	10,3	,0	24,1
Feminino	25	92,6	81,5	100,0	26	92,9	82,1	100,0	26	89,7	75,9	100,0
Raça/cor												
Branca	13	48,1	29,6	66,7	10	35,7	17,9	53,6	14	48,3	31,0	65,5
Preta	2	7,4	,0	18,5	4	14,3	3,6	32,1	1	3,4	,0	10,3
Parda	11	40,7	22,2	59,3	11	39,3	21,4	57,1	14	48,3	31,0	65,5
Amarela	1	3,7	,0	11,1	3	10,7	,0	21,4	0			
Religião												
Católica	15	55,6	37,0	74,1	18	64,3	46,4	82,1	22	75,9	58,6	89,7
Evangélica	9	33,3	14,9	51,9	6	21,4	7,1	39,2	7	24,1	10,3	41,4
Espírita	1	3,7	,0	11,1	1	3,6	,0	10,7				
Sem religião	1	3,7	,0	11,1	2	7,1	,0	17,9				
Não Sabe	1	3,7	,0	11,1	1	3,6	,0	10,7				
Estado Civil												
Casado	2	7,4	,0	18,5	8	28,6	10,7	46,4	5	17,2	3,4	31,0
Solteiro	17	63,0	44,4	81,4	20	71,4	53,6	89,3	24	82,8	69,0	96,6
Divorciado	4	14,8	3,7	29,6								
Separado	1	3,7	,0	11,1								
União estável	3	11,1	,0	25,8								
Chefe da família												
Pai/padrasto	13	48,1	29,6	66,7	9	32,1	14,3	50,0	14	48,2	27,6	62,1
Mãe	5	18,5	3,7	33,3	7	25,0	10,7	42,9	6	20,7	6,9	37,9
Própria pessoa	5	18,5	7,4	33,3	2	7,1	,0	17,9	2	6,9	,0	17,2
Avô	1	3,7	,0	11,1	2	7,1	,0	17,9	2	6,9	,0	17,2
Cônjuge	3	11,1	,0	22,2	8	28,6	10,7	46,4	5	17,2	3,4	31,0

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

Com relação à idade, os estudantes do módulo três apresentaram média de idade menor (Média de Idade = 22,26 – DP = 3,75) quando comparada aos dos outros módulos, enquanto os do módulo dois eram os de maior idade (Média de Idade = 26,13 – DP = 8,39). A renda familiar foi superior entre os estudantes do módulo três, sendo que os estudantes do módulo um possuíam a menor renda. A renda média familiar entre os três módulos variou de 1015,90 a 1851,30. As famílias possuíam, uma média de quatro pessoas residindo no mesmo domicílio, sendo equivalente nos três módulos. Apresentaram uma renda média per capita em torno de 417,00 reais.

Tabela 2 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo perfil sócio econômico, 2017

Modulo 1					
	Média	Desvio padrão	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Idade	23,93	5,79	21,94	19,49	28,36
Renda Familiar	1449,52	1015,90	985,00	900,00	1876,00
Número de pessoas na casa	4	1	4	3	4
Modulo 2					
Idade	26,13	8,39	22,38	20,92	29,11
Renda Familiar	1634,96	1107,15	1250,00	937,00	2000,00
Número de pessoas na casa	4	2	4	3	5
Modulo 3					
Idade	22,26	3,75	21,25	20,09	22,65
Renda Familiar	1922,86	1851,30	1500,00	970,00	1870,00
Número de pessoas na casa	4	1	3	3	5

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

O estado de Minas Gerais, estado sede do Instituto Federal do Sul de Minas, tem 84,5% dos estudantes que residem no mesmo. Devido às aulas ocorrerem de segunda à sexta-feira, no período noturno, os estudantes de municípios circunvizinhos compõem a maioria dos alunos do curso, porém encontrou-se estudantes oriundos de municípios do estado de São Paulo que fazem divisa com Minas Gerais e permitem o deslocamento diário dos estudantes.

Tabela 3 – Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo procedência, 2017

Procedência	Frequência	%
MG	71	84,5
SP	11	13,1
MA	1	1,2
Sem	1	1,2
Total	84	100,0

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

5.2. Percepção dos estudantes acerca da violência de gênero

Foi solicitado aos estudantes que se posicionassem quanto à abordagem de mulheres relacionada a alguns temas, no intuito de saber quais eram seus sentimentos ao realizar a abordagem. Os resultados constam na tabela 4.

Observou-se que em alguns temas como consumo de álcool e tabaco, a maioria dos estudantes afirmaram sentirem-se à vontade nesses questionamentos, entretanto em relação ao uso de drogas ilícitas os estudantes do módulo um foram os que se mostraram mais à vontade para essa questão. No módulo dois, 42,9% e 28,6% dos estudantes afirmaram se sentirem incomodados ou nunca tinham perguntado, respectivamente. No módulo três, 37,9% dos estudantes afirmaram se sentirem à vontade nesse questionamento, mas o mesmo percentual afirmou nunca ter perguntado.

Com relação à abordagem acerca da vida sexual, 37% e 57,1% dos estudantes dos módulos um e dois mostraram-se incomodados com esse questionamento enquanto no módulo três, 41,4% afirmaram se sentirem à vontade sobre a questão. Entretanto, 27,6% deles afirmaram se sentirem incomodados e 24,1% nunca perguntaram sobre a vida sexual.

Quando questionados sobre a abordagem à mulher com relação à violência conjugal, no módulo um, 48,1% dos estudantes revelaram se sentir à vontade, porém no módulo dois 42,9% deles se sentiam incomodados e no três, 41,4% nunca perguntaram e 34,5% se sentiam incomodados com essa questão.

Tabela 4 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo a percepção acerca da abordagem de temas relacionados ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas, vida sexual e violência de gênero, 2017

		Modulo 1				Modulo 2				Modulo 3				Total
		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		
				Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas pela paciente														
Incomodado	3	11,1	3,2	26,8	3	10,7	3,1	25,9	1	3,4	0,4	15,0	7	
à Vontade	14	51,9	33,6	69,7	19	67,9	49,5	82,8	23	79,3	62,2	90,9	56	
Indiferente	3	11,1	3,2	26,8	3	10,7	3,1	25,9	2	6,9	1,5	20,3	8	
Nunca perguntei	7	25,9	12,4	44,3	3	10,7	3,1	25,9	3	10,3	3,0	25,1	13	
Perguntar se a paciente é ou não tabagista.														
Incomodado	2	7,4	1,6	21,7	2	7,1	1,5	21,0	1	3,4	0,4	15,0	5	
à Vontade	16	59,3	40,6	76,1	21	75,0	57,1	88,1	25	86,2	70,5	95,2	62	
Indiferente	2	7,4	1,6	21,7	4	14,3	5,0	30,5	2	6,9	1,5	20,3	8	
Nunca perguntei	7	25,9	12,4	44,3	1	3,6	0,4	15,5	1	3,4	0,4	15,0	9	
Perguntar sobre a vida sexual da paciente														
Incomodado	10	37,0	20,9	55,8	16	57,1	38,9	74,0	8	27,6	14,0	45,4	34	
à Vontade	6	22,2	9,8	40,2	4	14,3	5,0	30,5	12	41,4	25,0	59,4	22	
Indiferente	2	7,4	1,6	21,7	4	14,3	5,0	30,5	2	6,9	1,5	20,3	8	
Nunca perguntei	9	33,3	17,9	52,1	4	14,3	5,0	30,5	7	24,1	11,5	41,6	20	
Perguntar se a paciente usa drogas ilícitas														
Incomodado	7	25,9	12,4	44,3	12	42,9	26,0	61,1	5	17,2	6,9	33,7	24	
à Vontade	11	40,7	23,9	59,4	3	10,7	3,1	25,9	11	37,9	22,1	56,0	25	
Indiferente	2	7,4	1,6	21,7	5	17,9	7,2	34,8	2	6,9	1,5	20,3	9	
Nunca perguntei	7	25,9	12,4	44,3	8	28,6	14,5	46,8	11	37,9	22,1%	56,0	26	

Continua

Conclusão

	Modulo 1				Modulo 2				Modulo 3				Total
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Perguntar se a paciente vive situações violentas com o parceiro íntimo													
Incomodado	5	18,5	7,4	35,9	12	42,9	26,0	61,1	10	34,5	19,3	52,6	27
à Vontade	13	48,1	30,3	66,4	6	21,4	9,5	38,9	7	24,1	11,5	41,6	26
Indiferente	1	3,7	0,4	16,0	2	7,1	1,5	21,0	0	0,0	.	.	3
Nunca perguntei	8	29,6	15,1	48,2	8	28,6	14,5	46,8	12	41,4	25,0	59,4	28

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

Quanto a percepção dos estudantes acerca de a mulher ter vantagens em permanecer em situação de violência mais de 96% dos estudantes de todos os módulos afirmaram que a mulher não tem nenhuma vantagem nessa situação.

Tabela 5 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo a percepção acerca de vantagens da mulher em permanecer em situação de violência, 2017

Módulo 1					Módulo 2				Módulo3				Total
I C 95%				I C 95%				I C 95%					
N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior		
A mulher que vive em situação de violência tem alguma vantagem em permanecer nesta situação?													
Sim	1	3,7	0,4	16,0	1	3,6	0,4	15,5	1	3,4	0,4	15,0	3
Não	26	96,3	84,0	99,6	27	96,4	84,5	99,6	28	96,6	85,0	99,6	81

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

5.3. Atitude dos estudantes do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO acerca da violência contra a mulher.

A tabela 6 retrata como os estudantes compreendem as atitudes profissionais em casos suspeitos de violência por parceiro. São 11 afirmativas que possuem como opção de resposta “concordo, discordo ou indiferente”.

Na questão acerca do papel do médico, em caso de mulheres vitimizadas deveria ser igual ao que desempenham para crianças vitimizadas, cerca de metade dos estudantes dos três módulos concordaram com a alternativa, em contrapartida cerca de 40% discordaram. Na questão sobre se a agressão à mulher pelo parceiro íntimo seja um problema médico a maioria dos estudantes dos três módulos discordaram, mas entre os estudantes do módulo três, 41,4% deles referiram que deve ser tratado como problema.

Observou-se que a maioria dos alunos de todos os módulos não concordaram com a afirmativa de que fatores sociais, como desemprego, são causas para a agressão à mulher pelo parceiro íntimo. Com relação ao uso abusivo de álcool ou drogas pelo parceiro, 69% de todos os entrevistados concordaram que este possa ser a causa de agressão à mulher por seu parceiro.

Sobre a agressão à mulher por seu parceiro íntimo ter como causa problemas psicológicos da vítima, 55,9% dos estudantes discordaram da afirmativa, contudo 61,8% acreditaram que este tipo de agressão seja causado por problemas psicológicos do parceiro. 69,3% dos entrevistados discordaram que mulheres agredidas pelo parceiro íntimo se mantem nessa situação em virtude de seu masoquismo e 90,6% também discordaram que os parceiros íntimos agressores devam receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.

Dos 84 estudantes, 98,8% deles entenderam que parceiros íntimos agressores devem ser presos por agressão e 96,4% não concordaram que seja aceitável que um parceiro íntimo bata em sua esposa, mesmo que tenha sido provocado. Em contrapartida mais de 50% dos entrevistados acreditaram que a agressão do parceiro íntimo à mulher seja um assunto de fórum íntimo e privado.

Tabela 6 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo a percepção diante de atitudes profissionais em casos suspeitos de violência por parceiro, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
O papel do médico em caso de mulheres vitimizadas deve ser igual para crianças vitimizadas													
Concordo	13	48,1	30,3	66,4	15	53,6	35,5	70,9	15	51,7	34,1	69,0	43
Discordo	12	44,4	27,1	62,9	11	39,3	23,0	57,7	11	37,9	22,1	56,0	34
Indiferente	2	7,4	1,6	21,7	2	7,1	1,5	21,0	3	10,3	3,0	25,1	7
A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é considerada e tratada como um problema médico													
Concordo	1	3,7	0,4	16,0	1	3,6	0,4	15,5	12	41,4	25,0	59,4	14
Discordo	20	74,1	55,7	87,6	22	78,6	61,1	90,5	16	55,2	37,3	72,1	58
Indiferente	6	22,2	9,8	40,2	3	10,7	3,1	25,9	1	3,4	0,4	15,0	10
Sem informação	0	0	-	-	2	7,1	1,5	21,0	0	0,0	-	-	2
A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por fatores sociais como desemprego													
Concordo	3	11,1	3,2	26,8	3	10,7	3,1	25,9	3	10,3	3,0	25,1	9
Discordo	20	74,1	55,7	87,6	22	78,6	61,1	90,5	24	82,8	66,3	93,1	66
Indiferente	4	14,8	5,2	31,5	3	10,7	3,1	25,9	2	6,9	1,5	20,3	9
A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas													
Concordo	20	74,1	55,7	87,6	17	60,7	42,3	77,0	21	72,4	54,6	86,0	58
Discordo	5	18,5	7,4	35,9	6	21,4	9,5	38,9	3	10,3	3,0	25,1	14
Indiferente	2	7,4	1,6	21,7	4	14,3	5,0	30,5	5	17,2	6,9	33,7	11
Sem informação	0	0	-	-	1	3,6	0,4	15,5	0	0,0	-	-	1
A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por problemas psicológicos da vítima													
Concordo	9	33,3	17,9	52,1	9	32,1	17,2	50,5	10	34,5	19,3	52,6	28
Discordo	15	55,6	37,1	72,9	16	57,1	38,9	74,0	16	55,2	37,3	72,1	47
Indiferente	2	7,4	1,6	21,7	3	10,7	3,1	25,9	3	10,3	3,0	25,1	8
Sem informação	1	3,7	0,4	16,0	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	1

Continua

Conclusão

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
	N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		N	%	IC 95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por problemas psicológicos do parceiro													
Concordo	17	63,0	44,2	79,1	15	53,6	35,5	70,9	20	69,0	51,0	83,4	52
Discordo	5	18,5	7,4	35,9	9	32,1	17,2	50,5	6	20,7	9,1	37,8	20
Indiferente	5	18,5	7,4	35,9	4	14,3	5,0	30,5	3	10,3	3,0	25,1	12
As mulheres agredidas pelo parceiro íntimo mantém-se nessa situação devido ao seu masoquismo													
Concordo	1	3,7	0,4	16,0	5	17,9	7,2	34,8	5	17,2	6,9	33,7	11
Discordo	24	88,9	73,2	96,8	15	53,6	35,5	70,9	19	65,5	47,4	80,7	58
Indiferente	2	7,9	1,6	21,7	8	28,6	14,5	46,8	5	17,2	6,9	33,7	15
Os parceiros íntimos agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados													
Concordo	0	0,0	-	-	2	7,1	1,5	21,0	3	10,3	3,0	25,1	5
Discordo	27	100,0	-	-	24	85,7	69,5	95,0	25	86,2	70,5	95,2	76
Indiferente	0	0,0	-	-	2	7,1	1,5	21,0	1	3,4	0,4	15,0	3
Os parceiros íntimos agressores deveriam ser presos por agressão													
Concordo	27	100,0	-	-	28	100,0	-	-	28	96,6	85,0	99,6	83
Discordo	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	1	3,4	0,4	15,0	1
Indiferente	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0	-	-	0
É aceitável que um parceiro íntimo bata em sua esposa, se tiver sido realmente provocado													
Concordo	1	3,7	0,4	16,0	0	0,0	-	-	1	3,4	0,4	15,0	2
Discordo	26	96,3	84,0	99,6	27	96,4	84,5	99,6	28	96,6	85,0	99,6	81
Indiferente	0	0,0	-	-	1	3,6	0,4	15,5	0	0,0	-	-	1
A agressão do parceiro íntimo à mulher é um assunto de fórum íntimo e privado													
Concordo	14	51,9	33,6	67,9	12	42,9	26,0	61,1	17	58,6	40,6	75,0	43
Discordo	11	40,7	23,9	59,4	11	39,3	23,0	57,7	10	34,5	19,3	52,6	32
Indiferente	2	7,4	1,6	21,7	5	17,9	7,2	34,8	2	6,9	1,5	20,3	9

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

5.4. Conhecimento I: Conhecimento dos estudantes acerca da violência de gênero

Este item envolve questões que avaliam o conhecimento dos estudantes em relação à definição das variadas formas de violência, sua epidemiologia, abordagem da violência e os sinais e sintomas decorrentes da violência doméstica.

Quanto ao conhecimento dos estudantes acerca de definições sobre a violência contra a mulher, observou-se que a maioria dos estudantes de todos os módulos reconheceram a definição de violência no âmbito familiar; situações que configuram violência psicológica; atitudes relacionadas à violência física; que relação sexuais forçadas pelo parceiro caracterizam violência de gênero. Destaca-se que nas ações que configuram a violência moral, o percentual de alunos que as reconheceram foi menor entre os estudantes do módulo 1 e módulo 3, apesar de a maioria deles, independente da fase do curso as identificarem.

Tabela 7 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca de definições da violência contra a mulher, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
	N	%	IC- 95%		N	%	IC- 95%		N	%	IC 95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Violência no âmbito da família é qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por afinidades													
Verdadeira	21	77,8	59,8	90,2	20	71,4	53,2	85,5	23	79,3	62,2	90,9	64
Falsa	3	11,1	3,2	26,8	1	3,6	0,4	15,5	4	13,8	4,8	29,5	8
Não sabe	3	11,1	3,2	26,8	7	25,0	11,9	42,9	2	6,9	1,5	20,3	12
Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher cometidos por parceiro íntimo													
Verdadeira	25	92,6	78,3	98,4	22	78,6	61,1	90,5	27	93,1	79,7	98,5	74
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	1	3,6	0,4	15,5	1	3,4	0,4	15,0	3
Não sabe	1	3,7	0,4	16,0	5	17,9	7,2	34,8	1	3,4	0,4	15,0	7
Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher pelo parceiro íntimo													
Verdadeira	25	92,6	78,3	98,4	25	89,3	74,1	96,9	25	86,2	70,5	95,2	75
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	1	3,6	0,4	15,5	3	10,3	3,0	25,1	5
Não sabe	1	3,7	0,4	16,0	2	7,1	1,5	21,0	1	3,4	0,4	15,0	4
Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero													
Verdadeira	25	92,6	78,3	98,4	25	89,3	74,1	96,9	27	93,1	79,7	98,5	77
Falsa	2	7,4	1,6	21,7	1	3,6	0,4	15,5	1	3,4	0,4	15,0	4
Não sabe	0	0,0	.	.	2	7,1	1,5	21,0	1	3,4	0,4	15,0	3
Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos, é considerada violência moral													
Verdadeira	12	44,4	27,1	62,9	21	75,0	57,1	88,1	15	51,7	34,1	69,0	48
Falsa	7	25,9	12,4	44,3	2	7,1	1,5	21,0	6	20,7	9,1	37,8	15
Não sabe	8	29,6	15,1	48,2	5	17,9	7,2	34,8	8	27,6	14,0	45,4	21

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017

Em relação aos dados epidemiológicos da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo, observa-se que em todos os módulos, os estudantes discordaram de que a maioria dos casos de violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas, opinião esta representada por 90,4% dos estudantes dos três módulos. Eles, em sua maioria, discordaram ainda da afirmação de que poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal, correspondendo a 72,6% dos entrevistados. Observou-se que mais da metade dos estudantes não sabiam informar sobre a frequência de mulheres que frequentam o pré-natal e que são abusadas pelo parceiro. Chama a atenção o fato de que um percentual maior de estudantes do módulo três consideraram a afirmativa de que uma em cada cinco mulheres que frequentam o pré-natal diz ser abusada pelo parceiro. A maioria dos estudantes também desconhecera se as mulheres que vivem em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Muzambinho. (Tabela 8).

Baseado nos dados da tabela 9 observa-se que, em todos os módulos, a maioria dos estudantes afirmaram que é papel do profissional de enfermagem perguntar sobre situações de violência contra a mulher.

Em relação a sinais e sintomas de ordem física e psicológica que as mulheres que sofrem violência podem desenvolver, observou-se que a maioria dos estudantes de todos os módulos concordaram que elas podem apresentar depressão (98,8%); distúrbio neuro vegetativo (79,7%); agitação (89,2%); insônia (91,6%); queixas vagas crônicas (91,6%); dor pélvica crônica (82,1%); infecção do trato urinário crônica (84,5%) e ferimentos que não se explicam (97,6%). (Tabela 10).

Tabela 8 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca da epidemiologia da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
	IC- 95%				IC- 95%				IC 95%				
	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	
Na maioria dos casos a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas													
Verdadeira	1	3,7	0,4	16,0	3	10,7	3,1	25,9	1	3,4	0,4	15,0	5
Falsa	26	96,3	84,0	99,6	22	78,6	61,1	90,5	28	96,6	85,0	99,6	76
Não sabe	0	0,0	.	.	3	10,7	3,1	25,9	0	0,0	.	.	3
Poucas vezes que uma mulher é agredida há lesão corporal													
Verdadeira	1	3,7	0,4	16,0	7	25,0	11,9	42,9	10	34,5	19,3	52,6	18
Falsa	24	88,9	73,2	96,8	21	75,0	57,1	88,1	16	55,2	37,3	72,1	61
Não sabe	2	7,4	1,6	21,7	0	0,0	.	.	3	10,3	3,0	25,1	5
Uma em cada cinco mulheres que frequentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro													
Verdadeira	11	40,7	23,9	59,4	10	35,7	20,1	54,2	7	24,1	11,5	41,6	28
Falsa	2	7,4	1,6	21,7	3	10,7	3,1	25,9	6	20,7	9,1	37,8	11
Não sabe	14	51,9	33,6	69,7	15	53,6	35,5	70,9	16	55,2	37,3	72,1	45
A maioria das mulheres que vive em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Muzambinho.													
Verdadeira	0	0,0	.	.	3	10,7	3,1	25,9	4	13,8	4,8	29,5	7
Falsa	8	29,6	15,1	48,2	6	21,4	9,5	38,9	8	27,6	14,0	45,4	22
Não sabe	19	70,4	51,8	84,9	19	67,9	49,5	82,8	17	58,6	40,6	75,0	55

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017

Tabela 9 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca da abordagem da violência contra a mulher como atribuição do profissional de enfermagem, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
			IC- 95%				IC- 95%				IC 95%		
	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	
Você acha que perguntar sobre situações de violência contra a mulher é seu papel profissional?													
Verdadeira	18	66,7	47,9	82,1	22	78,6	61,1	90,5	26	89,7	74,9	97,0	66
Falsa	4	14,8	5,2	31,5	2	7,1	1,5	21,0	1	3,4	0,4	15,0	7
Não sabe	5	18,5	7,4	35,9	4	14,3	5,0	30,5	1	3,4	0,4	15,0	10
Sem informação	0	0,0	.	.	0	0,0	.	.	1	3,4	0,4	15,0	1

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017

Tabela 10 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento sobre o aparecimento de sinais e sintomas decorrentes da violência contra a mulher, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
	N	%	IC- 95%		N	%	IC- 95%		N	%	IC 95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
No seu conhecimento, quais os sinais e sintomas mais comuns na mulher que sofre violência?													
Depressão													
Sim	27	100,0	.	.	27	96,4	84,5	99,6	29	100,0	.	.	83
Não	0	0,0	.	.	1	3,6	0,4	15,5	0	0,0	.	.	1
Distúrbio Neuro Vegetativo													
Sim	17	63,0	44,2	79,1	28	100,0	.	.	22	75,9	58,4	88,5	67
Não	10	37,0	20,9	55,8	0	0,0	.	.	7	24,1	11,5	41,6	17
Agitação													
Sim	23	85,2	68,5	94,8	28	100,0	.	.	24	82,8	66,3	93,1	75
Não	4	14,8	5,2	31,5	0	0,0	.	.	5	17,2	6,9	33,7	9
Insônia													
Sim	26	96,3	84,0	99,6	26	92,9	79,0	98,5	25	86,2	70,5	95,2	77
Não	1	3,7	0,4	16,0	2	7,1	1,5	21,0	4	13,8	4,8	29,5	7
Queixas vagas, crônicas													
Sim	21	77,8	59,8	90,2	28	100,0	.	.	28	96,6	85,0	99,6	77
Não	6	22,2	9,8	40,2	0	0,0	.	.	1	3,4	0,4	15,0	7
Dor pélvica crônica													
Sim	18	66,7	47,9	82,1	28	100,0	.	.	23	79,3	62,2	90,9	69
Não	9	33,3	17,9	52,1	0	0,0	.	.	6	20,7	9,1	37,8	15
Infecção do Trato urinário crônica													
Sim	19	70,4	51,8	84,9	28	100,0	.	.	24	82,8	66,3	93,1	71
Não	8	29,6	15,1	48,2	0	0,0	.	.	5	17,2	6,9	33,7	13
Ferimentos que não se explicam													
Sim	27	100,0	.	.	27	96,4	84,5	99,6	28	96,6	85,0	99,6	82
Não	0	0,0	.	.	1	3,6	0,4	15,5	1	3,4	0,4	15,0	2

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017

5.5. Conhecimento II: Conhecimento dos profissionais acerca da violência de gênero

Neste item será descrito o conhecimento dos estudantes sobre formas de abordagem à mulher que contribuam para que ela revele situações de violência.

No que se refere ao conhecimento sobre como o profissional de saúde deve abordar a mulher para que ela revele situações de violência doméstica, os estudantes dos três módulos, em média 59,5% afirmaram que este tipo de abordagem não deve ser direta. Destaca-se que 48,1% dos estudantes do primeiro módulo concordaram que este tipo de assunto deve ser evitado, ao passo que cerca de 60% dos estudantes do segundo e terceiro módulo consideraram que não se deve evitar o assunto. Esta divergência de opiniões pode se dar em virtude de uma maior maturidade profissional do segundo e terceiro módulo com relação ao primeiro, pois o assunto não pode ser evitado.

A abordagem acerca de alcoolismo na casa e se a pessoa que bebe fica violenta após a ingestão alcoólica observou-se que a maioria dos estudantes (89,2%) concordou que essa é uma questão que deve ser abordada nos serviços de saúde. A maioria dos estudantes dos módulos um (59,2%) e três (65,5%), respectivamente, afirmaram que o profissional não deve ser insistente ao perguntar sobre violência doméstica e, em relação à fazer uma explicação prévia sobre violência contra a mulher e em seguida perguntar se ela já sofreu abuso ou apanhou do parceiro, a maioria dos estudantes de todos os módulos concordou com tal abordagem.

Tabela 11 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento em relação à abordagem do profissional de saúde na revelação da violência contra a mulher, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
			IC- 95%				IC- 95%				IC 95%		
	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	
Em relação à revelação da violência o profissional de saúde deve:													
Abordar diretamente a paciente perguntando: “Você está apanhando em casa?”													
Verdadeira	5	18,5	7,4	35,9	11	39,3	23,0	57,7	7	24,1	11,5	41,6	23
Falsa	15	55,6	37,1	72,9	14	50,0	32,2	67,8	21	72,4	54,6	86,0	50
Não sabe	7	25,9	12,4	44,3	3	10,7	3,1	25,9	1	3,4	0,4	15,0	11
Evitar abordar o assunto a menos que seja a queixa principal da paciente													
Verdadeira	13	48,1	30,3	66,4	8	28,6	14,5	46,8	11	37,9	22,1	56,0	32
Falsa	8	29,6	15,1	48,2	17	60,7	42,3	77,0	17	58,6	40,6	75,0	42
Não sabe	6	22,2	9,8	40,2	3	10,7	3,1	25,9	1	3,4	0,4	15,0	10
Perguntar se há alguém com problema de alcoolismo em casa e se essa pessoa fica violenta quando bebe													
Verdadeira	23	85,2	68,5	94,8	26	92,9	79,0	98,5	26	89,7	74,9	97,0	75
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	0	0,0	.	.	1	3,4	0,4	15,0	2
Não sabe	3	11,1	3,2	26,8	2	7,1	1,5	21,0	2	6,9	1,5	20,3	7
Perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa													
Verdadeira	7	26,0	12,4	44,3	10	35,7	20,1	54,2	9	31	16,6	49,0	26
Falsa	16	59,2	40,6	76,1	11	39,3	23,0	23,0	19	65,5	47,4	80,7	46
Não sabe	4	14,8	5,2	31,5	7	25	11,9	42,9	1	3,5	0,4	15,0	12
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 de seu parceiro”?													
Verdadeira	19	70,4	51,8	84,9	21	75,0	57,1	88,1	26	89,7	74,9	97,0	66
Falsa	4	14,8	5,2	31,5	3	10,7	3,1	25,9	2	6,9	1,5	20,3	9
Não sabe	4	14,8	5,2	31,5	4	14,3	5,0	30,5	1	3,4	0,4	15,0	9

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

5.6. Conhecimento III: Conhecimento dos estudantes acerca do manejo da violência de gênero.

Abaixo foram apresentados os resultados que avaliam o conhecimento dos estudantes em relação ao manejo dos casos confirmados e suspeitos de violência de gênero.

No que se refere ao conhecimento dos estudantes acerca do manejo dos casos de violência de gênero, mais de 85% dos estudantes de todos os módulos afirmaram que os profissionais não devem ignorar hematomas ou outros sinais de violência se a paciente não tocar no assunto e cerca de 80% dos estudantes dos módulos um e dois concordaram que haja necessidade de agendar retorno em intervalos menores que um mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa. (Tabela 12)

Em relação à prescrição de calmantes/antidepressivos para a mulher conseguir lidar com os possíveis problemas que tem em casa observa-se que 44.4% dos estudantes do módulo um responderam que a afirmativa era falsa e o mesmo percentual não soube a resposta. Entre os estudantes dos módulos seguintes 64,3% e 58.6% afirmaram que a resposta era falsa, ou seja, o médico não deve prescrever essas drogas para a mulher.

Sobre o protocolo de atendimento de mulheres em situação de violência sexual, 66,7%, 46,4% e 55,2% dos estudantes dos módulos um, dois e três, respectivamente, consideraram a necessidade de direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo interrupção de gravidez prevista em lei. Destaca-se os estudantes do módulo dois, entre os quais 46, 4% deles afirmaram desconhecer a conduta nestes casos.

Independente do módulo a que os estudantes estavam cursando, a maior parte confirmou que se deve avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência.

Tabela 12 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca do manejo dos casos de violência de gênero, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
			IC- 95%				IC- 95%				IC 95%		
	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	
O profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto?													
Verdadeira	1	3,7	0,4	16,0	1	3,6	0,4	15,5	2	6,9	1,5	20,3	4
Falsa	23	85,2	68,5	94,8	25	89,3	74,1	96,9	25	86,2	70,5	95,2	73
Não sabe	3	11,1	3,2	26,8	2	7,1	1,5	21,0	2	6,9	1,5	20,3	7
Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa													
Verdadeira	20	74,1	55,7	87,6	22	78,6	61,1	90,5	26	89,7	74,9	97,0	68
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	3	10,7	3,1	25,9	2	6,9	1,5	20,3	6
Não sabe	6	22,2	9,8	40,2	3	10,7	3,1	25,9	1	3,4	0,4	15,0	10
O médico deve prescrever calmante/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com possíveis problemas que tem em casa													
Verdadeira	3	11,1	3,2	26,8	4	14,3	5,0	30,5	6	20,7	9,1	37,8	13
Falsa	12	44,4	27,1	62,9	18	64,3	45,8	79,9	17	58,6	40,6	75,0	47
Não sabe	12	44,4	27,1	62,9	6	21,4	9,5	38,9	6	20,7	9,1	37,8	24
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													
Verdadeira	18	66,7	47,9	82,1	13	46,4	29,1	64,5	16	55,2	37,3	72,1	47
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	2	7,1	1,5	21,0	4	13,8	4,8	29,5	7
Não sabe	8	29,6	15,1	48,2	13	46,4	29,1	64,5	9	31,0	16,6	49,0	30
Avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência													
Verdadeira	21	77,8	59,8	90,2	24	85,7	69,5	95,0	26	89,7	74,9	97,0	71
Falsa	0	0,0	.	.	1	3,6	0,4	15,5	1	3,4	0,4	15,0	2
Não sabe	6	22,2	9,8	40,2	3	10,7	3,1	25,9	2	6,9	1,5	20,3	11

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

Ainda sobre o manejo dos casos de violência de gênero foi perguntado aos estudantes qual deve ser a conduta dos profissionais de saúde e observou-se que, no módulo um, 29,6% dos estudantes responderam que não se deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente, mas 33,4% e 37%, respectivamente afirmaram não saber ou que o profissional deveria orientar tal conduta. No módulo dois, apenas 17,9% consideraram que essa conduta não deve ser orientada e 28,5% não souberam responder. No módulo três, 31% discordaram dessa orientação, mas 44,8% concordaram com essa conduta. Em relação a propor à paciente a elaboração de um plano de segurança a maioria dos estudantes, independente do módulo consideraram que essa medida deve ser proposta pelos profissionais de saúde.

Na questão acerca de recomendar a terapia de casal, metade dos alunos do módulo dois e mais de 30% dos módulos um e três mostraram-se favoráveis a essa recomendação. Destaca-se, no módulo três que 34,5% dos estudantes não recomendariam tal conduta, o que de fato não deve ser recomendado. Sobre a indicação de psicoterapia que também não deve ser recomendado às mulheres em situação de violência, observou-se que a frequência dos estudantes que afirmaram que não deveria indicar psicoterapia foi menor que 20% em todos os módulos.

Na pergunta: Uma vez que a informação é sigilosa não deve notificar o fato, o destaque é para os estudantes do módulo três, que em sua maioria, discordaram da questão. No módulo um 44,4% dos estudantes consideraram que não se deve notificar o fato. No módulo dois, apesar de 39,3% dos estudantes discordarem de que não se deve notificar o fato, 35,7% consideraram como verdadeira que não se deve notificar porque a informação é sigilosa.

Acerca de sugerir à paciente para trazer seu parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde, observou-se que houve concordância da maioria dos estudantes dos módulos dois e três, orientação essa que não deve ser feita visto que também é uma situação de risco para a mulher.

Quando questionados se o profissional deve realizar a notificação compulsória, observa-se que a maioria dos estudantes do módulo três afirmaram positivamente à notificação, entretanto a maioria dos do módulo um e dois não sabiam se o profissional deve realizar notificação compulsória.

Sobre dar o número de telefone de abrigo e organizações que cuidem de mulheres em situação de violência, a maior proporção dos estudantes dos três módulos (80,9%) responderam

a alternativa “verdadeira” e acertaram a questão. E, com relação a recorrer ao protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde, 63% dos estudantes do módulo um não souberam responder e, em média, 71,6% dos estudantes dos módulos dois e três entenderam a afirmativa como “verdadeira”, apesar de ela não o ser.

A maioria dos estudantes de todos os módulos consideraram que os profissionais de saúde devem orientar as mulheres em situação de violência a procurar a delegacia da mulher.

Tabela 13 - Distribuição de estudantes dos módulos 1, 2 e 3 do curso Técnico em Enfermagem do IFSULDEMINAS- CAMPUS MUZAMBINHO, segundo conhecimento acerca do manejo em casos de indícios de violência de gênero, 2017

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
	IC- 95%				IC- 95%				IC 95%				
	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	N	%	Inferior	Superior	
Quando há indícios de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo, o profissional:													
Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente													
Verdadeira	10	37,0	20,9	55,8	15	53,6	35,5	70,9	13	44,8	27,9	62,7	38
Falsa	8	29,6	15,1	48,2	5	17,9	7,2	34,8	9	31,0	16,6	49,0	22
Não sabe	9	33,4	17,9	52,1	8	28,5	14,5	46,8	7	24,1	11,5	41,6	24
Deve propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e para seus filhos													
Verdadeira	21	77,8	59,8	90,2	26	92,9	79,0	98,5	27	93,1	79,7	98,5	74
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	0	0,0	.	.	1	3,4	0,4	15,0	2
Não sabe	5	18,5	7,4	35,9	2	7,1	1,5	21,0	1	3,4	0,4	15,0	8
Recomendar terapia de casal													
Verdadeira	9	33,3	17,9	52,1	14	50,0	32,2	67,8	11	37,9	22,1	56,0	34
Falsa	5	18,5	7,4	35,9	6	21,4	9,5	38,9	10	34,5	19,3	52,6	21
Não sabe	13	48,1	30,3	66,4	8	28,6	14,5	46,8	8	27,6	14,0	45,4	29
Uma vez que a informação é sigilosa não se deve notificar o fato													
Verdadeira	12	44,4	27,1	62,9	10	35,7	20,1	54,2	10	34,5	19,3	52,6	32
Falsa	6	22,2	9,8	40,2	11	39,3	23,0	57,7	15	51,7	34,1	69,0	32
Não sabe	9	33,3	17,9	52,1	7	25,0	11,9	42,9	4	13,8	4,8	29,5	20
Sugerir que a paciente traga o parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde junto com ela para conversarem													
Verdadeira	8	29,6	15,1	48,2	16	57,1	38,9	74,0	17	58,6	40,6	75,0	41
Falsa	9	33,3	17,9	52,1	6	21,4	9,5	38,9	7	24,1	11,5	41,6	22
Não sabe	10	37,0	20,9	55,8	6	21,4	9,5	38,9	5	17,2	6,9	33,7	21

Continua

Conclusão

	Módulo 1				Módulo 2				Modulo3				Total
	N	%	IC- 95%		N	%	IC- 95%		N	%	IC 95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
O profissional deve realizar a notificação compulsória													
Verdadeira	4	14,8	5,2	31,5	9	32,1	17,2	50,5	16	55,2	37,3	72,1	29
Falsa	0	0,0	.	.	4	14,3	5,0	30,5	2	6,9	1,5	20,3	6
Não sabe	23	85,2	68,5	94,8	15	53,6	35,5	70,9	11	37,9	22,1	56,0	49
Dar número de telefone de abrigo e organizações que cuidem de mulheres na situação de violência													
Verdadeira	21	77,8	59,8	90,2	24	85,7	69,5	95,0	23	79,3	62,2	90,9	68
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	2	7,1	1,5	21,0	2	6,9	1,5	20,3	5
Não sabe	5	18,5	7,4	35,9	2	7,1	1,5	21,0	4	13,8	4,8	29,5	11
Recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde													
Verdadeira	9	33,3	17,9	52,1	16	57,1	38,9	74,0	25	86,2	70,5	95,2	50
Falsa	1	3,7	0,4	16,0	1	3,6	0,4	15,5	0	0,0	.	.	2
Não sabe	17	63,0	44,2	79,1	11	39,3	23,0	57,7	4	13,8	4,8	29,5	32
Orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher													
Verdadeira	26	96,3	84,0	99,6	28	100,0	.	.	29	100,0	.	.	83
Falsa	0	0,0	.	.	0	0,0	.	.	0	0,0	.	.	0
Não sabe	1	3,7	0,4	16,0	0	0,0	.	.	0	0,0	.	.	1

Fonte: Banco de dados do projeto, 2017.

6. DISCUSSÃO

Os estudantes envolvidos na pesquisa eram predominantemente do sexo feminino, condizente com o perfil de profissionais de enfermagem no cenário brasileiro. Prevaleceu as cores branca e parda, religião católica e o estado civil de solteiro, sendo o pai ou padrasto o principal chefe da família.

A média de idade dos estudantes variou de 22 a 26 anos, mostrando um grupo com idade superior à esperada para o ensino técnico, mas buscam pelo ensino profissionalizante na tentativa de encontrar oportunidades no mercado de trabalho. Apresentaram uma renda mensal per capita em torno de 417,00 reais, não sendo considerados vulneráveis do ponto de vista dos indicadores econômicos. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (2017), são consideradas vulneráveis, famílias com renda mensal per capita familiar inferior a 154 reais. Os estudantes do módulo um, composto pelos últimos que ingressaram no período da coleta de dados possuíam um perfil econômico menos privilegiado em relação aos demais. O ensino profissionalizante tem sido uma oportunidade para pessoas que não tiveram acesso ao ensino superior e supre lacunas na educação de jovens e adultos quando se considera as desigualdades socioeconômicas e a necessidade de inserção no mercado de trabalho para contribuição com a renda familiar ou na própria autonomia. O ensino profissionalizante tem se mostrado como uma oportunidade às classes menos favorecidas, no entanto, este tipo de ensino é oferecido à toda a população, independente de sua classe social, principalmente com a recente expansão dessa modalidade de ensino, priorizada pelos governos estaduais e federal.

6.1. Percepção dos estudantes acerca da violência de gênero

Os entrevistados foram avaliados com relação a sua percepção acerca da violência de gênero com questões que envolviam crenças, sentimentos e visão sobre o tema.

Tratando de temas que podem estar relacionados à violência contra a mulher, a maioria dos estudantes afirmaram sentirem-se à vontade em conversar com as pacientes sobre o consumo de álcool e tabaco. Entretanto sobre o uso de drogas não houve consenso sobre a abordagem do tema, sendo que a maioria do módulo um afirmou se sentir à vontade enquanto no módulo dois os estudantes relataram se sentirem incomodados e no módulo três há uma diversificação entre os que se sentiram à vontade e os que nunca abordaram sobre o assunto.

Com relação à abordagem sobre a vida sexual das mulheres, os estudantes do módulo um e dois se julgaram mais incomodados e os do módulo três se sentiram mais à vontade. Este último grupo pode ter tido tal comportamento porque está em uma fase mais avançada do curso, portanto espera-se que tenham melhor preparo quando comparado aos módulos um e dois, visto que nessa fase os estudantes já se apropriaram de conteúdos teóricos e práticos que os tornam mais capacitados para a abordagem dessa situação.

Quanto a indagar a mulher sobre a violência conjugal, os estudantes do módulo um referiram se sentir à vontade, ao contrário, o módulo dois se sentiu incomodado e o três, em sua maioria, nunca perguntou sobre o assunto. Nessa questão, observou-se que os estudantes do módulo um, apesar de afirmarem sentirem-se à vontade para questionar mulheres em situação de violência pode não refletir a realidade, visto que os mesmos ainda não foram capacitados e estão na fase inicial do curso, portanto as habilidades de avaliação de usuárias dos serviços de saúde ainda estão em construção.

No entanto, os estudantes do módulo três demonstraram que a capacitação para o enfrentamento da situação de violência contra a mulher ainda é pouco desenvolvida, visto que a maioria deles responderam não ter questionado as mulheres sobre essa ocorrência. Cabe destacar que essa é uma temática de prioridade no Ministério da Saúde além de ser uma ocorrência de notificação compulsória.

Ressalta-se que a violência contra a mulher acomete de 20 a 50% das mulheres e os profissionais de saúde não podem se abster do enfrentamento dessa situação, abordando o tema em atendimentos nos serviços de saúde visando a proteção da mulher. O profissional deve estar capacitado para um atendimento eficaz e eficiente condizente com as demandas e necessidades das usuárias (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

Existe uma percepção equivocada de que a violência doméstica contra a mulher seja atribuição dos setores jurídico, social e de segurança pública (SANTOS et al., 2014) restando ao setor da saúde o tratamento medicamentoso e encaminhamentos.

A problemática da violência doméstica é uma realidade nos serviços de saúde e, nesse contexto, a enfermagem necessita estar capacitada para atender estas necessidades com competências e atitudes profissionais, no intuito de desenvolver um trabalho com capacidade de compreensão e análise (BATISTA et al., 2013).

De forma geral, os estudantes afirmaram que a mulher não tem nenhuma vantagem em permanecer em situação de violência. Essa afirmativa foi objeto de investigação do Ministério

da Saúde que desenvolveu uma pesquisa nacional em 2010, com uma amostra de 2.002 mulheres em situação de violência e aponta os motivos pelos quais as mulheres não denunciam o parceiro e mantêm-se no relacionamento. Os resultados mostraram que 24% das mulheres atribuíram a dependência econômica do parceiro, 23% ressaltaram a preocupação com os filhos e 17% relataram o medo de serem mortas após a denúncia (BRASIL, 2010). Esses motivos apontam para a necessidade de uma rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra a mulher visando sua proteção assegurando medidas protetivas para o afastamento da situação vivenciada.

No que se refere à percepção dos estudantes diante de atitudes profissionais em casos suspeitos de violência por parceiro, primeiramente prevaleceu a opinião em que a maioria dos entrevistados entende que o atendimento dispensado às mulheres e crianças em situação de violência deva ser igual, porém cada público possui suas particularidades. Crianças em situação de violência podem ter comprometimento em seu desenvolvimento neuropsicomotor exigindo um olhar profissional diferenciado em relação às mulheres na mesma situação. A violência contra a mulher tem como uma das redes de apoio a delegacia da mulher, enquanto que em caso de crianças o conselho tutelar.

A maioria dos estudantes dos três módulos discordou de que a agressão à mulher pelo parceiro íntimo seja um problema médico. Realizando a leitura do Caderno de Atenção Básica sobre violência intrafamiliar, o mesmo indica que o atendimento nos serviços de saúde aos casos suspeitos ou confirmados de violência siga as etapas de investigação, acolhimento e escuta qualificada, tratamento das lesões físicas e danos psicológicos, e encaminhamento intersetorial, o que requer uma equipe multidisciplinar, capacitada e com uma visão holística da saúde da mulher. Aponta que os profissionais de saúde devem abordar as mulheres e perguntar sobre a vivência de situações violentas, de forma clara e objetiva criando espaço para que relatem sobre o assunto (BRASIL, 2002). Sabemos também que a enfermagem tem importante papel no reconhecimento dos casos de violência contra a mulher, uma vez que possuem um contato maior com os usuários que procuram pelos serviços de saúde.

Os entrevistados discordaram que fatores sociais, como desemprego, são causas de agressão à mulher por seu parceiro, pois independente do nível socioeconômico, qualquer mulher está susceptível a vivenciar situações violentas e falta de recursos não justifica atitudes violentas. Entretanto, mulheres de classes menos favorecidas podem ser mais susceptíveis e Soares (2004) afirma que a violência contra a mulher é ameaçadora e desmotivadora, podendo

estar associada a problemas como pobreza e o uso de álcool e drogas e deve se agravar sem a intervenção adequada de profissionais.

Sabe-se que quanto menor a escolaridade, menor a qualificação profissional e, menor as chances no mercado de trabalho e consequentemente, maior chance das mulheres de serem dependentes economicamente do parceiro (DINIZ et al., 2007). Sendo assim, a falta de autonomia financeira pode ser um fator gerador de conflitos (COUTO et al., 2007). Em contrapartida, acredita-se que mulheres com melhores níveis de escolaridade tem alternativas para abandonar atos violentos, devido a ter maiores possibilidades no mercado de trabalho e com melhor remuneração. Ademais, possuem maior esclarecimento sobre os seus direitos, fazendo com que sejam menos tolerantes a violência (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013). Pesquisa desenvolvida com mulheres em situação de violência, em João Pessoa – Paraíba, mostrou que a independência financeira das mulheres é um importante fator para contornar a realidade vivida (GUEDES; SILVA; COELHO, 2007).

Com relação ao uso abusivo de álcool ou drogas pelo parceiro, a maioria dos entrevistados concordou, de forma equivocada, de que este pode ser a causa de agressão à mulher por seu parceiro, porém o uso de álcool ou drogas são fatores precipitantes para agressões, mas não a causa principal. O consumo do álcool gera alterações de comportamento que favorece a violência, assim mulheres que vivem em lares cujo etilismo é comum podem ser mais vulneráveis a essa ocorrência.

A violência é resultado da interação de vários fatores que atuam sobre o comportamento, potencializando ou reduzindo a possibilidade dos indivíduos ocuparem a posição de vítimas ou agressores. A baixa escolaridade, as desigualdades sociais, o uso de drogas e a infraestrutura precária na comunidade podem intensificar este fenômeno, aumentando o risco das mulheres que vivenciam essa situação (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Há fatores considerados condicionantes e precipitantes em relação à violência de gênero. Os fatores condicionantes apresentam-se através das desigualdades de ordem econômica, política e social que privilegiam o gênero masculino em detrimento ao feminino. Em relação aos fatores precipitantes, destacam-se o uso de drogas lícitas ou ilícitas, estresse e cansaço, que favorecem o desequilíbrio emocional podendo provocar situações agressivas (MOREIRA et al., 2008).

O uso abusivo de álcool interfere nas funções físicas e cognitivas, ocasionando à diminuição do autocontrole, aumentando as chances de alguns consumidores de recorrer à violência em situação de conflitos (OMS, 2014). Sendo assim, o álcool não pode ser encarado

como a causa desencadeante da violência, mas sim um precipitador do comportamento violento oculto no indivíduo (MONTEIRO et al., 2006).

Sobre a agressão à mulher por seu parceiro íntimo ter como causa problemas psicológicos da vítima, a maioria dos estudantes discordaram da afirmativa, contudo, eles, concordaram que este tipo de agressão seja causada por problemas psicológicos do parceiro.

Parte significativa dos entrevistados discordou da afirmativa de que mulheres agredidas pelo parceiro íntimo se mantém nessa situação em virtude de seu masoquismo, bem como, também discordaram que os parceiros íntimos agressores devam receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.

Acima de 95% dos estudantes afirmaram que parceiros íntimos agressores devam ser presos por agressão e não concordaram que seja aceitável que um parceiro íntimo bata em sua esposa, mesmo que tenha sido provocado. A lei Maria da Penha alterou o Código Penal, possibilitando que agressores de mulheres em âmbito doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada, restringindo penas alternativas para estes agressores. A legislação aumenta o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos; prevendo ainda, medidas que vão desde a remoção do agressor do domicílio à proibição de sua aproximação da mulher agredida (BRASIL, 2006).

A lei proporcionou um avanço nas questões referentes aos direitos das mulheres, contudo, houve uma pequena redução do número de mulheres agredidas entre 2001 e 2010, com redução de 37,5% das agressões, demonstrando que, embora o resultado seja positivo, ainda há muito a ser feito para coibir a violência contra a mulher. Sendo assim é preciso refletir de que maneira a lei está sendo empregada; se os profissionais envolvidos estão capacitados para atuarem conforme a legislação e como está organizada a rede de apoio às vítimas (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Alguns autores relatam sobre a fragilidade do sistema e lentidão processual, também apontado pelas vítimas, que se sentem inseguras diante da situação a que estão expostas (TAVARES; SARDENBERG; GOMES, 2012) Desta forma, o sistema contribui para a revitimização, resultando na desistência dos processos, pela demora de aplicação da lei e pela pouca importância dispensada aos casos. A inibição da violência demanda um conjunto de recursos físicos, pessoais e econômicos para punir e educar os agressores (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

A crença de que a agressão do parceiro íntimo à mulher seja um assunto de fórum íntimo e privado foi afirmada, equivocadamente, por 51,1% dos entrevistados. A vergonha da denúncia e a manutenção do silêncio faz com que violência contra a mulher ganhe pouca legitimidade social, sendo ainda reconhecida como assunto que diz respeito apenas ao casal (BRASIL, 2010), assim os profissionais de saúde devem ser capacitados para identificar as mulheres mais vulneráveis e orientar medidas protetivas bem como encaminhar para serviços de apoio a elas visando quebrar o ciclo da violência.

Muitos profissionais preferem não se envolver, devido à inexistência de mecanismos nos serviços para intervirem. Alegam também que não foram preparados para lidar com o assunto, sentindo-se impotentes diante de tal situação (MOREIRA et al., 2008).

Se o profissional não está preparado para acolher mulheres em situação de violência, ele pode reforçar o preconceito sociocultural existente, levando-o a pensar que as mulheres não precisam de ajuda ou que não devem interferir na situação, contribuindo para a ocorrência de recidivas de violência (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

Esses achados demonstraram as dificuldades dos estudantes em trabalhar com assuntos como uso de drogas, sexualidade e violência de gênero e afirmarem, equivocadamente, que o uso de álcool e problemas psicológicos do parceiro sejam causas de violência. Entre eles, ainda existe a crença de que a violência seja assunto de foro íntimo e privado, o que reforça a desvalorização cultural da mulher. Contudo, afirmaram que o atendimento as mulheres em situação de violência não seja atribuição exclusiva dos médicos. Desconforto para lidar com determinados assuntos pode ser comum, mas se o profissional tem clareza de suas atribuições junto à equipe, tem condições de prestar um atendimento adequado.

A partir daí, passaremos à discussão dos resultados no que se refere ao conhecimento dos estudantes acerca da violência por parceiro íntimo.

6.2. Conhecimento I: Definição, epidemiologia, identificação e sinais e sintomas da violência.

Esta etapa avaliou o conhecimento dos estudantes em relação à definição das variadas formas de violência, sua epidemiologia, abordagem da violência e os sinais e sintomas decorrentes da violência doméstica.

Os estudantes demonstraram ter bom conhecimento sobre a definição das várias formas de violência: familiar, psicológica, física e sexual, apresentando um conhecimento inferior

sobre situações que configuram a violência moral, onde 57% confundiu a definição de violência moral com violência patrimonial.

No artigo 5º da Lei Maria da Penha, a violência doméstica e familiar contra a mulher se define como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe causa morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2015).

O artigo 7º detalha as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, onde a violência física é compreendida como qualquer conduta que cause danos corporais; a violência psicológica, como qualquer conduta que lhe ocasione prejuízo emocional e diminuição da autoestima, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, isolamento, vigilância, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir. A violência sexual seria participar de relações sexuais não desejadas; a violência patrimonial que configura retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos e a violência moral, entendida condutas de calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2015).

Em contrapartida, sobre os dados epidemiológicos da violência contra a mulher, os estudantes demonstraram baixo conhecimento. Os achados mostraram que a maioria dos estudantes reconheceu que a violência contra a mulher é praticada por pessoas conhecidas, porém afirmaram que na maioria das vezes em que uma mulher é agredida, há lesão corporal, o que não procede. A maioria desconhecia sobre os dados de violência nos serviços de pré-natal e também se as mulheres relatam o fato aos profissionais de saúde em Muzambinho.

Costumeiramente a violência sofrida pelos homens ocorre em ambiente público e tem como principal agressor os próprios homens, enquanto as mulheres vivenciam situações de violência, em sua maioria, no âmbito privado, tendo também os homens como os principais agressores, podendo ser um familiar, amigo, vizinho ou parceiro (MACHADO, 2005).

A violência física é a forma de violência mais reconhecida pela sociedade atual e com espaço na mídia, porém, apesar de as marcas físicas e aparentes serem mais facilmente reconhecidas pelas pessoas, sabe-se que, existem outras formas de violência que permeiam cotidiano de muitas mulheres. Elas não deixam sinais visíveis de sua ocorrência, entretanto, impactam na qualidade de vida de cada uma das mulheres que a vivenciam (PALHONI; AMARAL; PENNA, 2014).

Durante a consulta de pré-natal, se não houver queixa por parte da gestante ou algum sinal suspeito de agressão, a violência não é abordada na conduta do profissional (BONFIM; LOPES; PERETTO, 2009). A consulta de pré-natal é um momento oportuno para este tipo de

abordagem, sendo possível realizar ações de monitoramento dos casos de violência por parceiro (SILVA et al., 2011).

A afirmativa de que, uma em cada cinco mulheres que frequentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro, se aproxima da pesquisa realizada por Oliveira, Carvalho e Rossi (2015), cujo resultado mostrou que 17,6% das gestantes entrevistadas foram expostas a algum tipo de violência pelo parceiro íntimo durante a gestação. Com relação ao tipo de violência por parceiros sofrida por estas gestantes, 95,2% sofreram violência psicológica, 36,5% sofreram violência física e uma 1,6% sofreu violência sexual (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015).

Baseado nestes resultados destaca-se a importância identificar casos de violência durante a gestação, assim como a capacitação dos profissionais de saúde para o manejo dos casos. Vale ressaltar a contribuição que os profissionais da enfermagem podem dar ao fenômeno, uma vez que desenvolvem um maior contato com a gestante, permitindo a revelação de situações violentas e contribuindo com o diagnóstico precoce dos casos de violência, prevenindo recidivas de violência e a mortalidade materno infantil (OLIVEIRA, CARVALHO; ROSSI, 2015).

A violência do parceiro íntimo está relacionada à comportamentos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e tentativa de controle sobre o outro. Pode ocorrer entre casais heterossexuais ou homossexuais. É um tipo de violência silenciosa, pois uma pequena parcela das vítimas procura a ajuda de instituições formais em busca de assistência (OMS, 2014). De acordo com Acosta, Gomes e Barlem (2013), 50% dos casos de violência não são denunciados, prevalecendo a denúncia em situações de ameaça à integridade física.

Não é de costume, mulheres em situação de violência conjugal revelar o vivido, nem mesmo quando necessitam recorrer ao serviço de saúde para tratamento dos agravos da violência. Esta situação pode ainda piorar, quando os profissionais de saúde não detém de conhecimento suficiente acerca de como abordar e conduzir os casos, sendo esta uma deficiência dos serviços de saúde em geral (BEZERRA et al., 2012). O fato de omitirem a violência colabora para subnotificação dos casos de violência contra a mulher (GOMES et al., 2013).

Os entrevistados afirmaram que é papel do profissional de enfermagem perguntar sobre situações de violência contra a mulher. As mulheres em situação de violência procuram locais em que acreditam que realmente possam encontrar apoio para aliviar o sofrimento vivido. Entretanto os serviços de apoio a elas ainda são escassos e nem sempre atende suas

necessidades, assim além das DDMs procuram também pelos serviços de saúde (D'OLIVEIRA, 2000). Destaca-se que mesmo com a alta prevalência da violência doméstica, as mulheres têm pouca identificação nestes serviços (MONTEIRO et al., 2006).

Os profissionais de saúde precisam estar capacitados para identificar a violência, dando maior visibilidade do fenômeno ao setor saúde. O reconhecimento precoce de tal situação é de grande relevância podendo prevenir situações mais graves (PEDROSA; SPINK, 2011; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011).

A OMS recomenda que todos os profissionais de saúde estejam capacitados para compreender fatores relacionados à violência por parceiro. Apesar destas recomendações, as dificuldades de detecção entre os profissionais de saúde persistem, devido, entre outros fatores, à formação insuficiente (SALCEDO-BARRIENTOS, 2014; WHO, 2013;). Um estudo realizado na Espanha com 112 estudantes de enfermagem, de quatro universidades, mostrou que eles desconheciam as características de abusos, diretrizes, protocolos, triagem e rastreamento de violência do parceiro (RIGOL-QUADRA et al., 2015).

Os entrevistados apresentaram bom conhecimento com relação aos sinais e sintomas que podem surgir decorrentes da violência doméstica, sendo estes de ordem física e psicológica. A depressão foi o sintoma mais citado pelos entrevistados, seguido por ferimentos que não se explicam, insônia, queixas vagas crônicas, agitação, infecção do trato urinário crônica, dor pélvica crônica, e por último distúrbio neuro vegetativo. Estes resultados foram semelhantes à pesquisa realizada com enfermeiros e médicos da rede de atenção básica de Ribeirão Preto por Baraldi (2008).

A literatura confirma o aparecimento de sinais e sintomas decorrentes da violência doméstica. Estudo de Guedes, Silva e Fonseca (2009), realizado com vítimas de violência, revela que mulheres entendem como violência agravos de ordem física e psicológica, que produzem graves impactos na saúde mental. Entre manifestações que afetam a saúde mental, podem-se elencar desordens de estresse pós-traumático, alimentares, de múltiplas personalidades, além de medo, fadiga, depressão, ansiedade, disfunção sexual, distúrbios do sono e uso de drogas.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma das manifestações mais associadas à vitimização por violência e traz como sintomas a ansiedade, insônia, imagens em *flashback*, falta de concentração, irritabilidade e isolamento (XIMENES; OLIVEIRA; ASSIS, 2009).

A Violência contra a mulher acarreta problemas de ordem psíquica, aumentando a incidência de suicídio, sendo visto como forma de fugir da violência. Fatores vinculados a saúde sexual e reprodutiva como a gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e as doenças sexualmente transmissíveis estão associados a mulheres em situação de violência, além de cefaleia e distúrbios gastrointestinais (MOREIRA et al., 2008).

A vivência de situações violentas também impacta nas relações de trabalho como queda de produtividade e desempenho, absenteísmo e perda do emprego de muitas mulheres (VIEIRA et al., 2014). Pesquisa realizada com mulheres que sofreram violência física de seus parceiros apresenta que a taxa de incapacitação para o trabalho remunerado seja, em torno, de 16% (MIRANDA; PAULA; BORDIN, 2010).

Mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo aumenta em 16% a chance de ter um bebê com baixo peso ao nascer, e duas vezes mais de praticar aborto induzido. Em algumas regiões do mundo, elas têm probabilidade aumentada em 1,5 vez de adquirir o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e 1,6 vez de ter sífilis (WHO, 2013).

Os dados acima explicitam que os estudantes possuem bom conhecimento sobre a definição das várias formas de violência e os sinais e sintomas decorrentes da mesma, porém baixo conhecimento sobre a epidemiologia da violência contra a mulher. O desconhecimento da epidemiologia reforça a invisibilidade do problema, sendo que o profissional capacitado colabora com o aumento da visibilidade da violência. Ademais, referiram ser atribuição dos profissionais de enfermagem abordar sobre situações violentas.

O técnico em enfermagem, sendo um dos profissionais de enfermagem em maior número na equipe, que geralmente tem o primeiro contato com as mulheres em situação de violência que procuram o serviço de saúde, e pela sua proximidade com as usuárias, pode contribuir com identificação precoce do problema e fornecer informações para que a equipe planeje suas ações, fortalecendo um atendimento efetivo e prevenindo o agravamento da situação. Neste sentido, essa temática deve compor o conteúdo de disciplinas teóricas e práticas, visando capacita-los para a identificação dos casos, bem como para o manejo adequado dos mesmos.

6.3. Conhecimento II: Formas de abordagem da violência de gênero

No que se refere ao conhecimento sobre as formas de abordagem, pelo profissional de saúde, na revelação da violência doméstica, acima de 50% dos estudantes dos três módulos,

afirmaram que este tipo de abordagem não deve ser direta ou insistente. Na verdade, é papel de todos os profissionais de saúde perguntarem se suas clientes vivem situações violentas, mas sua forma de abordagem pode variar entre os profissionais. Parte representativa dos estudantes do primeiro módulo responderam que este tipo de assunto deve ser evitado, ao passo que a maioria dos estudantes do segundo e terceiro módulo possuíam uma visão contrária. Esta divergência de opiniões pode se dar em virtude de uma maior maturidade profissional do segundo e terceiro módulo com relação ao primeiro.

Quase todos os entrevistados concordaram que deve ser perguntado sobre pessoas com problema de alcoolismo em casa e se este problema traz como consequência a violência. Eles apontam que o profissional não deve ser insistente ao perguntar sobre violência doméstica, pois acreditam que uma contextualização prévia sobre violência contra a mulher e explicar que algumas questões fazem parte da rotina do atendimento, deve anteceder às perguntas sobre abuso do parceiro.

Autores como Monteiro et al. (2006) elencaram como principais dificuldades para o reconhecimento da violência contra a mulher pelos profissionais de saúde, a falta de capacitação e conhecimento sobre o manejo dos casos, insegurança e pouco apoio para as vítimas. A falta de abordagem do tema na formação dos profissionais de saúde também contribui para a invisibilidade da violência doméstica, não estando o profissional preparado para manejar estes casos (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006). Identificar mulheres em situação de violência requer sensibilidade, habilidade e capacidade de escuta, além de capacitação profissional (BARALDI et al., 2012).

A enfermagem tendo disponibilidade para a escuta, tem condições de estimular a mulher a expressar o vivido, podendo estimulá-la a buscar alternativas para enfrentar a situação (JONG; SADALA; TANAKA, 2008). É preciso ter sensibilidade para perceber sinais de violência, que não só a violência física, pois qualquer tipo de violência pode trazer vários prejuízos à mulher. A falta de capacitação dos profissionais para detectar situações de violência nos relatos apresentados pelas mulheres pode contribuir com a invisibilidade do problema. Em sua grande maioria, os profissionais se apegam em cuidar dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, reforçando o modelo biomédico (VALE et al., 2013).

Independente da abordagem ser direta ou indireta, é necessário que aconteça, devendo o profissional não se atentar somente à violência física, mas facilitar a revelação de outras formas de violência, ainda que não seja da iniciativa da mulher. Assim os estudantes dos cursos técnicos devem ter esse conteúdo inserido nos seus currículos, tanto em disciplinas específicas

da saúde da mulher, mas em currículos integrados como tema transversal, tendo em vista que na vida profissional situações de violência contra a mulher farão parte do cotidiano do trabalho nas diferentes unidades.

6.4. Conhecimento III: Manejo de casos confirmados ou suspeitos de violência de gênero

Foi testado o conhecimento dos estudantes no que tange ao manejo dos casos de violência de gênero. Uma parcela significativa dos entrevistados discordou de que o profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência se a paciente não tocar no assunto, assim como afirmaram que é necessário agendar retorno em intervalos menores, em casos suspeitos de violência doméstica.

Algumas mulheres que sofrem violência buscam atendimento nas unidades de saúde. Geralmente, nestas unidades a assistência recebida se resume ao tratamento de sintomas e lesões. A causa do problema permanece negligenciada, ocasionando a persistência de danos físicos, psicológicos e sociais e a busca reiterada dos serviços (SCHRAIBER et al., 2005).

O olhar profissional dirige-se ao corpo individualizado e separado da sua existência psíquica, das especificidades de sua inserção social e das significações culturais atribuídas à experiência do indivíduo no mundo (KISS; SCHRAIBER, 2011).

A maioria dos estudantes dos três módulos, assertivamente, responderam que o médico não deve prescrever calmante/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com possíveis problemas que tem em casa, no entanto, entre os estudantes do módulo um, houve uma porcentagem de estudantes que manifestaram não saber sobre a necessidade de prescrição de calmantes ou não. O uso de calmante/antidepressivos por mulheres em situação de violência doméstica poderia interferir nas suas reações e tomadas de decisão com relação ao vivido, podendo agravar ainda mais a situação.

Sobre protocolos de atendimento de mulheres em situação de violência sexual, a maior parte dos entrevistados de todos os módulos afirmaram a necessidade de direcionar as mulheres para atendimento visando a contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo interrupção de gravidez prevista em lei, contudo, quase metade dos estudantes do módulo dois demonstraram desconhecer a conduta nestes casos. O Ministério da Saúde disponibiliza referências que esclarecem condutas em caso de violência sexual, dentre elas podemos citar a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos

Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes de 2012, porém, diante dos resultados da pesquisa pode-se perceber que muitos estudantes ainda não tiveram acesso à estas informações, sobretudo os do módulo dois.

A maior parte dos estudantes referiram que deve-se avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência. Faz se importante levar as pacientes a refletirem sobre o vivido e avaliar, em conjunto com o profissional, quais as alternativas se adequam a cada mulher no intuito de abandonar esta situação.

É recomendado que os profissionais de saúde estabeleçam com cada mulher em situação de violência, uma escuta responsável, esclareçam as alternativas disponíveis quanto ao acolhimento e intervenção e decidam conjuntamente quais alternativas ajustariam para o seu caso, incluindo ativamente a mulher na tomada de decisão (SCHRAIBER, 2001).

Várias estratégias poderão diminuir a invisibilidade da violência nos serviços de saúde, tais como: reconhecer a violência de gênero como problema de saúde pública; capacitar os profissionais para identificá-la e abordá-la de forma adequada, identificando situações de risco; informar as mulheres sobre os recursos disponíveis na sociedade e realizar um trabalho intersetorial (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

O estudo permitiu constatar que entre os entrevistados houve uma tendência em afirmar que o profissional deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente quando há indícios de violência, enquanto que a minoria observou que não há necessidade de aconselhar o abandono do parceiro nestes casos. Parcela considerável dos estudantes referiram que o profissional deve propor à paciente que elabore um plano de segurança para ela e seus filhos nestas situações, sendo esta a conduta recomendada.

A maioria dos entrevistados do módulo um manifestaram não saber se há necessidade de recomendar terapia de casal nestes casos. No módulo dois e três referiram que é recomendável a terapia de casal. Somente um quarto dos estudantes não recomendaria terapia de casal. Responderam que há indicação de psicoterapia em casos de violência doméstica, sendo que poucos estudantes desconsideraram esta necessidade, pois a violência é muito mais de ordem social do que psicológica.

As ações desenvolvidas pela Psicologia têm sido voltadas, especialmente, em promover os direitos sociais deste grupo de mulheres, tais como implementar políticas públicas que permitam melhores condições de vida e educação em busca de transformação da realidade social e superação da violência (FARINHA; SOUZA, 2016).

Grande parte os estudantes do módulo um consideraram que a informação acerca da violência é sigilosa e não se deve notificar o fato, ao passo que entre os estudantes do módulo dois e três prevaleceu a opinião de que o fato deve ser notificado.

Quando questionados se o profissional deve realizar a notificação compulsória, um número expressivo dos entrevistados do módulo um e dois responderam que não sabem e, no módulo três a metade dos entrevistados afirmaram a necessidade da notificação. De acordo com a Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2011, passou a ser obrigatória a notificação dos casos de violência doméstica por parte dos profissionais de saúde, independente do consentimento da vítima (BRASIL, 2011). Novamente faz-se necessário destacar as lacunas de conhecimento acerca da violência contra a mulher nos cursos de formação de profissionais da saúde.

A falta de conhecimento sobre a obrigatoriedade da notificação compulsória constitui uma limitação do conhecimento dos profissionais acerca do fenômeno, podendo ser consequência de lacunas na formação do profissional ou da educação continuada (GOMES et al., 2013; OLIVEIRA; FONSECA, 2014), acarretando na não notificação dos casos e subestimação de dados (KIND et al., 2013).

Verificou-se que um terço dos estudantes do módulo um não sabiam se era necessário que a paciente trouxesse o parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde, junto com ela, para conversarem, e metade dos entrevistados dos módulos dois e três consideraram como necessária a vinda do parceiro ao serviço para consulta conjunta. Em média, um quarto do total de entrevistados não faria esta recomendação. Ressalta-se que a presença do agressor na consulta poderia inibir a mulher a se expressar e posteriormente intensificar a conduta agressiva do parceiro em virtude da revelação da mulher aos profissionais de saúde sobre a violência doméstica.

Sobre dar o número de telefone de abrigo e organizações que cuidem de mulheres em situação de violência, a maior proporção dos estudantes dos três módulos concordaram com a conduta. E, com relação a recorrer ao protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde, a maioria dos estudantes do módulo um não souberam responder e, uma proporção ainda maior dos estudantes dos módulos dois e três afirmaram que deve-se recorrer a este protocolo. Por fim, quase a totalidade dos estudantes referiram a importância de se orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher.

Investigações sobre situações que motivam mulheres à procurar ajuda em casos de violência estão a superação do medo da denúncia; ultrapassagem do limite de tolerância das agressões, a revelação de relações extraconjugais do parceiro; a exposição à violência em público; a vontade de contornar a situação; a necessidade de preservar os filhos e autonomia financeira. Daí a necessidade da enfermagem de estar capacitada para acolher mulheres em situação de violência de forma eficiente e humanizada fortalecendo suas tomadas de decisões no intuito de se distanciar da violência e melhorar sua qualidade de vida e de sua família (MOURA; NETTO; TEIXEIRA, 2013).

Verificou-se que os estudantes reconheceram a importância de estar atento aos sinais e sintomas que levantam suspeitas de violência, agendar retornos mais frequentes para estes casos, da não prescrição de calmantes para as mulheres conseguirem enfrentar o problema, da necessidade de avaliar com a cliente o risco à que está exposta e elaborar um plano de segurança, disponibilizar contatos de abrigos e procurar a delegacia da mulher. Todavia, nem todos os estudantes conhecem quais os procedimentos em caso de violência sexual, afirmaram que a mulher deve abandonar o parceiro em caso de indícios de violência, recomendaram terapia de casal e psicoterapia para solução dos conflitos, responderam que a mulher deve trazer o parceiro para consulta e nem todos estudantes reconheceram a importância e obrigatoriedade da notificação.

Observa-se, assim, que os estudantes do curso técnico de enfermagem do presente estudo ainda apresentam lacunas no manejo dos casos de violência, principalmente para os módulos um e dois. Necessitam de embasamento teórico e prático para lidar com a temática e para isto é recomendável que seja inserido no currículo destes futuros profissionais informações teóricas e experiências práticas relacionadas à violência de gênero.

7. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no estudo permitiram constatar que:

- Os estudantes do curso técnico em enfermagem demonstram se sentir à vontade em conversar com suas pacientes sobre o uso de álcool e tabaco, mas a maioria se sentiu incomodado em abordar sobre o uso de drogas, vida sexual e violência conjugal.
- Os entrevistados afirmaram que as mulheres que vivenciam a violência não possuem nenhuma vantagem em permanecer nesta situação, porém referiram, equivocadamente, que mulheres e crianças devem receber o mesmo tipo de atendimento em casos de violência.
- Eles discordaram que a agressão à mulher pelo parceiro seja um problema exclusivo dos médicos e que fatores sociais são causas de agressão à mulher, mas concordaram que o uso abusivo de álcool ou drogas e problemas psicológicos do parceiro possa ser a causa da agressão.
- Quase em sua totalidade de estudantes são favoráveis à prisão do agressor, mas referiram que agressão do parceiro à mulher tenha caráter íntimo e privado.
- Demonstraram conhecer a definição das variadas formas de violência, porém baixo conhecimento relacionado à epidemiologia da violência contra a mulher, sobretudo no serviço de pré-natal.
- Referiram que a violência contra a mulher é praticada por pessoas conhecidas, mas desconhecaram se as mulheres agredidas relatam o fato aos profissionais de saúde em Muzambinho.
- Responderam ser papel da enfermagem perguntar sobre questões de violência contra a mulher e conseguiram identificar os principais sinais e sintomas decorrentes da violência doméstica. Afirmaram que a abordagem sobre a violência doméstica não deva ser incisiva.
- Referiram que deva ser inquirido se há problemas de alcoolismo em casa e se isto tem alguma relação com atitudes violentas.
- Responderam que sinais de violência não deve ser ignorado pelos profissionais e que em casos suspeitos de violência doméstica as consultas deverão ser agendadas com maior frequência.

- São contrários à prescrição de calmantes/antidepressivos às mulheres em situação de violência e afirmaram a necessidade de direcionar mulheres em situação de violência sexual para serviços de atendimento que tratam agravos deste tipo.
- Afirmaram a importância de avaliar com a mulher os riscos à que está exposta e de elaborar um plano de segurança para ela e seus filhos.
- Referiram que o profissional deve aconselhar a mulher a abandonar seu parceiro em casos suspeitos de violência, recomendaram terapia de casal e psicoterapia para estes casos.
- A maioria dos estudantes desconheceu a importância e obrigatoriedade da notificação de casos de violência contra a mulher.
- Por último, responderam que o profissional deve fornecer número de telefone de abrigos e instituições que acolham mulheres em situação de violência e estimular a denúncia na delegacia da mulher.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Tendo em vista que o tema violência contra a mulher não é contemplado no conteúdo programático do curso e com base nos resultados da pesquisa, segue recomendações:

- Incluir no conteúdo programático do curso o tema violência contra a mulher e trabalhar de forma transversal, no intuito de instrumentalizar os estudantes para que possam desempenhar ações de proteção as mulheres em situação de violência.
- Propiciar momentos de experiências práticas que estimule habilidades no manejo dos casos
- Despertar a sensibilidade dos estudantes, estimular a capacidade de escuta e acolhimento e que, estejam aptos a prestar uma assistência integral e humanizada às mulheres em situação de violência.
- Desconstruir algumas crenças e contribuir para uma transformação cultural, no intuito de expandir as conquistas e empoderamento da mulher na sociedade.
- Capacitar os estudantes para trabalhar em equipe e com capacidade para articular a criação e aperfeiçoamento de redes de apoio ao atendimento à mulher agredida.
- Preparar profissionais para lidar com as variadas formas de violência, que não só a violência física, atuar em ações de prevenção e distanciar do modelo biomédico de assistência.
- Despertar sobre a necessidade da visita domiciliar em casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica e que a ação de profissionais vai além do atendimento nas unidades de saúde.
- Formar profissionais que não sejam tolerantes e negligentes à violência, e que consigam despertar a intolerância da violência na sociedade, pois um problema de saúde pública não pode ser ignorado por profissionais ou sociedade.
- Reforçar com os estudantes a importância do registro e notificação dos casos.
- Orientar os estudantes para que contribuam com a aplicação da legislação vigente, mais especificamente “Lei Maria da Penha” para que os agressores sejam responsabilizados.
- Trabalhar a formação de profissionais resolutivos, eficientes e que atuem na prevenção e detecção precoce dos casos de violência doméstica, no intuito de melhorar a qualidade de vida das mulheres e de seus filhos.

- Aumentar a visibilidade da violência doméstica, através de profissionais atuantes, permitirá traçar estratégias em busca de melhorias no atendimento em unidades de saúde, melhorando o cenário de assistência à mulher em situação de violência, que até então se vê fragilizado.
- Enfim, a inclusão de teoria e prática no currículo do curso, relacionadas à violência doméstica, poderá impactar qualitativamente na formação dos Técnicos em Enfermagem, contribuindo para redução da desigualdade de gênero, pois esta categoria profissional, se capacitada, pode ser valiosa na identificação de mulheres em situações de risco para a violência.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 547-553, 2013.
- ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- AGUIAR, R. S. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del-Rei, v. 3, n. 2, p. 723-731, 2013.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- ALMEIDA, J. P. **As multifaces do patriarcado**: uma análise das relações de gênero nas famílias homoafetivas. 2010. 116f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- ALVES, E. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; MAFFACIOLLI, R. Repercussões da lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 141-147, 2012. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/22826/21957>>. Acesso em: 3 de abr. 2018.
- ANDRADE, M. A. C.; ARTMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, Rio de Janeiro 2011.
- ARAÚJO, M. F.; MARTINS, E. J. S.; SANTOS, A. L. Violência de gênero e a violência contra a mulher. In: ARAÚJO, M. F.; MATTIOLI, O. C. (Orgs.). **Gênero e violência**. São Paulo: Arte e Ciência, 2004.
- AZEVEDO, D. M. et al. Paradigmas emergentes: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 10, n. 3, 2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a30.htm> >. Acesso em: 19 jan. 2018.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 183-212, 2008.
- _____. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 352, 2015.
- BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 12, n. 3, 2012.

BARALDI, A. C. P. **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**. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BARBOSA, T. L. A. et al. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20 (Esp), p. 45-51, 2011.

BARRET, B. J.; PIERRE, M. S. Variations in women's help seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study. **Violence Against Women**, v. 17, n. 1, p. 47-70, 2011. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077801210394273>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BARROS, G. S. Análise da violência doméstica e familiar contra a mulher no contexto da aplicação da Lei Maria da Penha. **Âmbito Jurídico**, 2012. Disponível em: < http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12364&revista_caderno=14>. Acesso em: 04 nov. 2017.

BATISTA, J. M. S. et al. O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-178, 2013.

BECCARIA, G., et al. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. **Nurse Education Today**, v.33, n.8, p. 907-11, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23021564>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BELLIS, M. A. et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in Young adults: surveys in the European Region. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, p. 641-655, 2014. Disponível em: < <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/13-129247/en/>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BERG M. J. et al. The effects of husband's alcohol consumption on married women in three low-income áreas of Greater Mumbai. **AIDS and Behavior**, v. 14(Suppl1), p. 126-35, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20544380>. Acesso em: 30 mar. 2018.

BEZERRA, I. M. P. et al. Enfermeiro da estratégia saúde da família frente à violência conjugal: analisando o processo de trabalho em saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 67-74, 2012.

BLACK, M. C. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v.5, n. 5, p. 428-439, 2011. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1559827611410265>> Acesso em: 30 mar. 2018.

BONFIM, E. G.; LOPES. M. G. M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.97-104, 2010.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986.

_____. **Decreto nº 1973, de 1 de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Brasília, 1996.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intra-familiar**: orientações para práticas em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006.

_____. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde**: 1991-2004. Brasília: Inep, 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher**. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e /ou outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Balanco central de atendimento à mulher**. 2010. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/10/balanco-da-central-de-atendimento-a-mulher>. Acesso em: 1 de abr. 2018.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Com todas as mulheres, por todos os seus direitos**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.

_____. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010.

BRASIL. **Portaria 104, de 26 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011.

_____. **Resolução CNE/CEB n. 06, de 20 de setembro de 2012.** Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília, 2012.

_____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Decreto nº. 8.086, de 30 de agosto de 2013.** Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências-** Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violemg.def>> Acesso em: 29/05/2017.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf >. Acesso em: 25 de jun. de 2015.

_____. **Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. 5.ed. Brasília, 2015.

_____. **Lei Nº 13.104, de 9 de agosto de 2015.** Dispõe sobre feminicídio como crime hediondo. Brasília, 2015.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Brasil tem uma denúncia de violência contra a mulher a cada sete minutos. **Estadão.** São Paulo, 07 mar. 2016. Disponível em: < <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-1-denuncia-de-violencia-contra-a-mulher-a-cada-7-minutos,10000019981>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Secretaria Nacional de Política para as mulheres. **Ligue 180:** Central de Atendimento à mulher. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2016.

_____. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. **Sinan Net.** 2016. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violemg.def>> Acesso em: 28 mar. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família 2017.** Brasília, 2017. Disponível em:< <http://calendariobolsafamilia2017.com/bolsa-familia-2017/>> Acesso em: 25 de fev. de 2018.

BRUSCHINI, C.; SARTI, C. **Gênero e Geração de Renda.** São Paulo, 1990.

CABRAL, C.M.T.; MAIA, E. M. C. O SUS e a rede de garantia de direitos: Estado da Arte sobre as publicações científicas concernentes à implantação de serviços de acolhimento a

crianças e adolescentes vítimas de violência, **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 2012. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/2976/3314>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

CARVALHO-BARRETO, A. et al. Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 86-92, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/12.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

CAVALCANTI, M. L. T. **A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família**: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION CONTROL. Understanding intimate partner violence: Fact sheet. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV_factsheet-a.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1999.

COLES, J.; DARTNALL, E.; ASTBURIY, J. Preventing the pain when working with family and sexual violence in primary care. **International Journal of Family Medicine**, 2013. Disponível em : <<https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/198578/>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanco 1998-2002**: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A.; AQUINO, E. “Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira”. In: MERCHÁN-HAMANN, COSTA, A. M. E.; TAJER, D. (Orgs.). **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade Brasília, 2002.

COSTA, C.C.C. et al. Curso técnico de enfermagem do PROFAE-Ceará: a voz dos supervisores. **Texto Contexto Enfermagem**, v.17, n. 4, p. 705-13, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072008000400011&script=sci_abstract&tlng=p>. Acesso em: 19 dez. 2017.

COSTA, M.C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, 2012.

COUTO, M.T. et al. Gender conceptions related to violence against women among men and women of low income and low educational level. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11(Supl), p. 1323-32, 2007.

CREVELIM, M. A. **A Relação Ensino-Serviço na SMS/SP**: o caso dos estágios obrigatórios. 2014. 20 f. Trabalho de Conclusão do Curso MBA em Gestão de Pessoas, *lato sensu*, Nível de Especialização. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

DELORS, J. et al. Os quatro pilares da educação. In: DELORS, J. et al. (Org.). **Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI.** São Paulo: Cortez, 2000.

DINIZ, N. M. et al. Women who were burned their husbands or partners. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 321-5, 2007.

DJIKANOVIC, B. et al. Help-seeking behaviour of women who experienced intimate partner violence: a crosssectional study conducted in Belgrade, Serbia. **Family Practice**, v. 5, p. 1-7, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21896506>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de Gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária.** 2000. 279 p. Tese (doutorado em medicina) - Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DOSSI, A.P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1939-1952, 2008.

DUTRA, M.L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica, **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013.

ELLSBERG, M. et al. Confites en el infierno – prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres em Nicaragua. Red nacional de mujeres contra la violencia, Nicaragua/Departamento de medicina preventiva y salud publica, **UNAN-Leon/Departamento de Epidemiologia y salud publica**, Umea Universty, Suecia, Nicaragua, 1998.

ERDMANN A.L. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 637-43, 2009.

FARAH, M. F. S. **Gênero e políticas públicas:** iniciativas de governos subnacionais no Brasil. São Paulo: NPP/FGV-EAESP, 2002.

_____. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p.47-71, 2004.

FARINHA, M. G.; SOUZA, T. M. C. Plantão psicológico na delegacia da mulher: experiência de um atendimento sócio-clínico. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 65-79, 2016.

FAÚNDES, A. et al. Violência Sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, 2006.

FERRAZ, M. I. R. et al. O cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, vol. 14, n. 4, p. 755-759, 2009.

FERREIRA, M. A. et al. O significado do Profae segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 445-52, 2007.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação e Sociedade**, n.79, p. 257-272, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>>. Acesso em 31 mar. 2018.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na educação médica**: os casos de Londrina e Marília. São Paulo: Hucitec, 2002.

FOLLINGSTAD, D. R. et al. The role of emotional abuse in physically abusive relationships. **Journal of Family Violence**, v. 5, n. 2, p. 107-120, 1990. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00978514>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

GARCIA-MORENO, C. et al. **WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women**. Geneva: World Health Organization; 2005.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-63, 2008.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F. Males unveiling the different forms of conjugal violence. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 64-76, 2008.

GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 20, p. 504-508, 2007.

GOMES, N. P. et al. Cuidado à mulher em situação de violência conjugal: teoria fundamentada nos dados. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 04, p. 782-793, 2013. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4138/3070>. Acesso em: 31 mar. 2018.

GOMES, N. P. et al. Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.789-96, 2013.

GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M.C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: _____. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

GRIFFIN, K. “Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; COELHO, E. A. C. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 362-378, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a06.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.625-631, 2009.

HERRENKOHL, T. I. et al. Developmental risk factors for youth violence. **Journal of Adolescent Health**, v. 26, n. 3, p. 176–86, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10706165>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

HOWARD, L .M. et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**, v.10, n. 5, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23723741>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

IDOETA, P. A. Desigualdade de gênero atravanca o desenvolvimento humano. **Estadão**. São Paulo, 04 de nov. 2010. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,desigualdade-de-generos-atravanca-desenvolvimento-humano-diz-onu,634570>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 42, n. 4, p. 744-51, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v42n4/v42n4a17.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

JUNG, C. F. **Metodologia científica e tecnológica**: módulo 3 – variáveis e constantes. Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/mod3.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

JUNG, C. G. **Tipos Psicológicos**. Petrópolis :Vozes, 1991.

KEANE, J.; BELL, P. Confidence in the police: balancing public image with community safety – a comparative review of the literature. **International Journal of Law Crime and Justice**, v. 41, n. 3, p. 233–46, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175606161300027X>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-15, 2013.

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, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, 2007.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.16, n. 3, 2011.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 2, 2004.

LABRONICI, L. M. et al. Perfil da violência contra a mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 44, n. 1, 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100018>. Acesso em: 18 jan. 2018.

LEÔNICIO, K. L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e seus agressores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p.307-12, 2008.

LETTIERE, A.; NAKNO, A. N. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 42, n. 3, p. 467-73, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

LUCENA, K. D. T. et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1111-21, 2012. Disponível em < <http://bit.ly/24hd6XV>> . Acesso em: 28 abr. 2013.

MACHADO, D. F. **A experiência com a violência urbana entre adolescentes de Botucatu/SP**. 2005. Dissertação (Mestrado em medicina) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2005.

MACHADO, D. F. et al. Abordagem da Violência contra a Mulher no Ensino Médico: um Relato de Experiência. **Revista Brasileira Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 511-520, 2016.

MACHADO, M. F. A. Z. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 604-10, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/ao-5008.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MENEZES, P. R. M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 45-52, 2011.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MIRANDA, M. P. M.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. Life-long domestic violence against women: prevalence and immediate impact on health, work, and family. **Revista Panamericana Salud Pública**, v. 27, n. 4, p. 300-8, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20512233>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

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. 273-279, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a15v10n2.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-160, 2010.

MOREIRA, S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1053-59, 2008.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011.

MOURA, L. et al. Vivências de violência experimentadas por mulheres do Distrito Federal: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n.3, 2011. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3534>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

MOURA, M. A. V.; NETTO, L. A; TEIXEIRA, S. V. B. A tomada de decisão das mulheres em situação de violência interpessoal: subsídios para a enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal. Disponível em: < http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0131co.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2018.

NASCIMENTO, E. F. G. A.; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1229-1238, 2014.

NETTO, L. A. et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 15, p.135-42, 2015. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0135.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2017.

NETTO, A. A. O. **Metodologia da pesquisa científica**: guia prático para apresentação de trabalhos acadêmicos. 2. ed. Florianópolis: Visual Books, 2006.

NOAL, H. C.; TERRA, M. G. Bolsa de assistência ao estudante de graduação em Enfermagem: um estudo de caso. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2009.

OLIVEIRA, A. N. S.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.14, n. 1, p. 986-992, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22034/14208>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

OLIVEIRA, R. N. G.; FONSECA, R. M. G. S. Violence as a research object and intervention in the health field: an analysis from the production of the Research Group on Gender, Health and Nursing. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher**: ação e produção de evidência. Washington DC: Organização Mundial da Saúde, 2012.

_____. **Relatório Mundial sobre prevenção da violência 2014**. Washington DC: Organização Mundial da Saúde, 2014.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Violencia contra la mujer**: un tema de salud prioritario. Washington D.C.: Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano, 1998.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Violência y salud**: resolución n. XIX. Washington D. C.: OPAS; 1994.

PALHONI, A. R. G.; AMARAL, M. A.; PENNA, C. M. M. Representations of violence against women and its relationship to their quality of life. **Online Brazilian Journal of Nurse**, v. 13, n.1, p. 15-24, 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4286/pdf_87 br/index.php/nursing/article/view/4286>. Acesso em: 27 dez. 2017.

PAULO, R. D.; PARO, E. **Violência doméstica contra a mulher**: uma visão na abordagem cognitivo-comportamental. 2009. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia)- Universidade de Várzea Grande, Mato-Grosso, 2009.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

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, n. 2, p. 149-157, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12746024>>. Acesso em 31 mar. 2018.

PINHEIRO, P. S. **World report on violence against children: Secretary-General's study on violence against children**. New York: United Nations; 2006.

PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. **Psicologia: Ciência Profissão**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 426-39, 2006.

PORTO, M.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.17, n.2, 2012.

POUSO ALEGRE. **Resolução nº 081, de 16 de dezembro de 2013**. Dispõe sobre a aprovação da reestruturação do Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem (subsequente)-campus Muzambinho. Disponível em:

<https://portal.ifsuldeminas.edu.br/images/PDFs/Conselho_Superior_/resolucoes/2013/resolucao81.pdf>. Acesso em: 24 de fev. 2018.

RAFAEL, R. M. R; MOURA, A. T. M. S. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 287-290, 2013.

RAIMONDO, M. L.; LABRONICI, L. M.; LAROCCA, L. M. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 43-9, 2013. Disponível em: <

<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26539/20012>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

REYNOLDS, A. J. et al. Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: a 15-year follow-up of lowincome children in public schools. **Journal of the American Medical Association**, v. 285, n. 18, p. 2339–46, 2001. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11343481>>. Acesso em:31 mar. 2018.

RIGOL-QUADRA, A. et al. Percepção de estudantes de enfermagem sobre violência do parceiro: conhecimentos, crenças e função profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 527-534, 2015.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 301-10, 2006.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G. Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v.6, n.2, p.106-116, 2013.

SACRAMENTO, L. T; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos, **Aletheia**, Canoas, n.24, 2006. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009>. Acesso em: 1 abr. 2018.

SAFFIOTI, H. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

SALCEDO-BARRIENTOS, D. M. et al. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 448-53, 2014.

SANTI, L. N.; NAKANO, M. A. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 417-24, 2010.

SANTINON, E. P.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 74, 2010.

SANTOS, E. T.; LISBOA, T. K. Um mundo sem violência contra a mulher é possível. **Extensio UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 3, p.1-13, 2005. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/5479> >. Acesso em: 31 mar. 2018.

SANTOS, J.; ANDRADE, R. L.; REIS, L. A.; DUARTE, S. F. P. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 260-270, 2014.

SÃO PAULO. **Documento norteador para a atenção integral às pessoas em situação de violência do município de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2012. Disponível em:< <file:///C:/Users/Larissa/Downloads/7105-Cultura-da-Paz-prova.pdf> >. Acesso em: 27 dez. 2017.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 104-113, 2001.

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

SCHRAIBER; L.B. et al. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp; 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra a Mulher: Interfaces com a Saúde. **Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.3, n. 5, p. 11-27, 1999.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2013.

SILVA, A. C. L.G.; COELHO, E. B. S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1255-1262, 2014.

SILVA, E. P. et al. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044-53, 2011.

SILVA, M. B. G.M.; TONELLI, A. L. N.; LACERDA, M. R. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 59-64, 2003.

SILVA, P. L. N. et al. Práticas Educativas sobre violência contra a mulher na formação de universitários. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 276-285, 2016.

SOARES, B. M. A Antropologia no executivo: limites e perspectivas. In: CORRÊA, M. (org.). **Gênero e Cidadania**. Campinas: Pagu/Núcleo de Estudos de Gênero/Unicamp, 2004.

STOCKL, H. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **Lancet**. v. 382, n. 9895, p. 859–65, 2013. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)61030-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)61030-2.pdf)>. Acesso em: 31 mar. 2018.

TARDIN, J. M. Cultura camponesa. In: CALDART, R. et al. (Org.). **Dicionário da educação do campo**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Expressão Popular, 2012.

TAVARES, M. S.; SARDENBERG, C. M.; GOMES, M. Q. Feminism, state and policies to combat violence against women: monitoring the Maria da Penha Law. **Estudos Feministas** 2011. Disponível em: <<http://www.tanianavarroswain.com.br/labrys/labrys20/brasil/lei%20MP.htm>>. Acesso em: 15 Apr. 2013.

TELES, M. A. A.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

TRINDADE, R. F. C.; ALMEIDA, A. M.; ROZENDO, C. A. Infidelidade masculina e violência doméstica: vivência de um grupo de mulheres. **Ciência e Enfermeria**, v. 14, n. 2, p.39-46, 2008. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v14n2/art06.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

VALE, S. L. L. et al. Repercussões Psicoemocionais da Violência Doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **REVRENE**, v. 14, n. 4, p. 683-693, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3523/2763>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

VASCONCELLOS, E. M.; FROTA, L. H.; SIMON, E. **Perplexidade na universidade: vivência nos cursos de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

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**, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2009. Disponível em: <www.educacaomedica.org.br/artigo_int.php?id_artigo=225&var=1>. Acesso em: 02 jan. 2018.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados a violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 71-79, 2011.

VIEIRA, E. D. Violência de Gênero: estado da arte. In: Congresso Internacional de História, 2., 2011, Jataí. Disponível em: <<http://www.congressohistoriajatai.org/anais2011/link%2060.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 366-372, 2014.

VIEIRA, L. B. et al. Intencionalidade de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.3, p.423-429, 2012.

VIEIRA, L. B. et al. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, p. 410-414, 2011.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Cebela e Flacso, 2012.

_____. **Mapa da violência 2014**: Os Jovens do Brasil. Brasília: Cebela e Flacso, 2014.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Violence prevention**: the evidence. Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parentes or caregivers. Geneva: World Health Organization, 2009.

_____. **Report highlights violence against women as a ‘global health problem of epidemic proportions’**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/>. Acesso em: 02 jan. 2018.

_____. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2018.

XIMENES, L. F.; OLIVEIRA, R.V.C.; ASSIS, S. G. Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 417-33, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Muzambinho, 23 de setembro de 2016.

Prezada Sra.

Estamos propondo a realização do estudo intitulado "A percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, de autoria da professora Larissa Sales Martins Baquião sob orientação da professora Ana Maria de Almeida, cujo relatório final será utilizado para a obtenção ao título de Mestre em Ciências, no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERPUSP).

O estudo seria realizado com alunos do curso de técnico de enfermagem dos módulos I, II e III e para tal solicitamos à V. Sa. autorização para realização de coleta de dados no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas – Campus Muzambinho.

Ressaltamos que após autorização desta Instituição, o projeto será encaminhado para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEERPUSP, e somente após a aprovação do CEP, a coleta de dados será iniciada.

Contamos com a colaboração da Instituição e ressaltamos que o Instituto não terá nenhuma despesa com relação à pesquisa.

Atenciosamente,

De acordo,
[Assinatura]

Daniela Ferreira Cardoso Cruvinel
SIAPE: 2718948
COORDENADORA GERAL DE ENSINO
IFSULDEMINAS - CAMPUS MUZAMBINHO
26/09/16

[Assinatura]
Prof. Esp. Larissa Sales M. Baquião

[Assinatura]
Prof. Dr. Ana Maria de Almeida

Ilma. Sra.
Daniela Ferreira Cardoso Cruvinel
Coordenadora Geral de Ensino do Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Sul de Minas – Campus Muzambinho.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: A percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que pretende avaliar o conhecimento de estudantes de um curso técnico em enfermagem com relação ao manejo dos casos de violência, além de identificar suas percepções e dificuldades diante desta questão. Esse estudo se justifica pois produzirá informações relativas à formação de profissionais técnicos em enfermagem com relação à violência doméstica.

A pesquisa será realizada entre estudantes de um curso técnico em enfermagem e sua participação se fará através da aplicação de um questionário com questões acerca de seu conhecimento sobre violência contra a mulher e da necessidade de capacitação profissional para o atendimento de mulheres em situação de violência. O questionário será aplicado no horário de aula dos estudantes num espaço autorizado pela Instituição. Os estudantes receberão um formulário com instruções para responder o questionário que será aplicado em cada um dos três módulos, onde todos os estudantes de cada módulo responderão o questionário no mesmo momento. O questionário será aplicado por um docente da Instituição que não seja da área específica, afim de evitar interferências nas respostas.

Em relação aos riscos, poderão ocorrer desconfortos caso julgue seu baixo conhecimento sobre a temática ou lembre de situações que já tenha vivenciado acerca do assunto. Caso este último ocorra, você poderá interromper o preenchimento do questionário, e sentindo necessidade de falar sobre este sentimento, você poderá conversar com um dos pesquisadores, que estarão em sala reservada na instituição.

A sua participação é voluntária e poderá não ser beneficiada diretamente, mas os resultados poderão melhorar o atendimento de mulheres em situações de violência e no planejamento da formação dos futuros profissionais.

Você também pode recusar a participar desta pesquisa, mas havendo o seu consentimento em participar, será respeitada sua decisão de desistir da participação, no momento que desejar, mesmo que já tenha iniciado. Sua recusa ou desistência na participação da pesquisa não irá interferir nas suas atividades como aluno do curso que realiza.

Caso aceite participar, assumimos o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, e as informações fornecidas serão publicadas em conjunto de forma a não identifica-

la(o), sendo que os resultados do estudo, favoráveis ou não, serão apresentados em congressos e eventos na área da saúde e também poderão ser publicados.

Você tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios relacionados com a pesquisa.

Não haverá nenhum custo e nem remuneração pela sua participação. Caso ocorra algum dano a você decorrente de sua participação nessa pesquisa você terá direito à indenização, conforme a Resolução 466/1012 do Conselho Nacional de Saúde.

Este documento está elaborado em duas vias, sendo que elas deverão ser assinadas por você e pelo pesquisador responsável, uma das vias será entregue a você e a outra ao pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone (16) 3315-9197 em dias úteis, das 8 às 17 horas. Você poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com as pesquisadoras Prof. Dra. Ana Maria de Almeida - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- fone: 16 33153432 ou Esp. Larissa Sales Martins Baquião– Fone: 35 999224752

Eu, _____ declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas acerca do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida. Recebi uma via original deste Termo, assinada por mim e pela pesquisadora responsável.

Muzambinho, ____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUÇÕES PARA RESPONDER O QUESTIONÁRIO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa.

Sua participação poderá trazer contribuições para implementar conteúdos sobre o tema, no curso em que você está matriculado

Caso esteja de acordo, seguem as instruções:

- Responda o questionário após leitura, concordância, assinatura e entrega do termo de consentimento Livre e Esclarecido
- O questionário é composto de 57 questões que deverão ser respondidas individualmente e sem consulta a qualquer material de apoio: livros, apostilas, celulares ou computadores.
- Leia atentamente cada questão e assinale a resposta que julgar mais coerente.
- Não assinale mais de uma resposta nas questões de múltipla escolha.
- Use caneta azul ou preta.
- Não rasure ou amasse o questionário.
- **Não deixe nenhuma resposta em branco.**
- Para responder o questionário você levará em torno de 45 minutos. Caso algum participante necessite de um período superior a este, poderá haver flexibilização do horário.
- **As informações levantadas são sigilosas e serão tratadas coletivamente, sem expor o nome do estudante.**
- A participação é voluntária.
- As respostas não irão interferir nas notas dos estudantes.
- Ao final do questionário, entregue-o ao aplicador
- Agradecemos sua participação!

Instrumento de Coleta de Dados

Informações gerais dos participantes

- 1) Qual sua idade? Data de nascimento ____/____/____ ____anos
- 2) Qual sua cor/etnia?
☐ branca ☐ preta ☐ parda ☐ amarela ☐ indígena ☐ não sabe/não declarou
- 3) Qual a sua religião?
☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Umbanda/Candomblé ☐ Outras
☐ Sem Religião ☐ Não sabe
- 4) Qual seu estado civil?
☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viúvo ☐ União Estável
- 5) Qual a sua renda familiar? R\$ _____ mês
- 6) Qual o número de pessoas na residência? _____
- 7) Quem é o chefe da família? _____
- 8) Qual sua procedência? _____
- 9) Qual a cidade e estado em que você passou a maior parte da sua vida?

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

- 10) 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.
☐ 1. Incomodado ☐ 2. À vontade ☐ 3. Indiferente ☐ 4. Nunca perguntei
 - b) Se a paciente é ou não tabagista.
☐ 1. Incomodado ☐ 2. À vontade ☐ 3. Indiferente ☐ 4. Nunca perguntei
 - c) Sobre a vida sexual da paciente.
☐ 1. Incomodado ☐ 2. À vontade ☐ 3. Indiferente ☐ 4. Nunca perguntei
 - d) Se a paciente usa drogas ilícitas.
☐ 1. Incomodado ☐ 2. À vontade ☐ 3. Indiferente ☐ 4. Nunca perguntei
 - e) Se a paciente vive situações violentas com o parceiro íntimo.
☐ 1. Incomodado ☐ 2. À vontade ☐ 3. Indiferente ☐ 4. Nunca perguntei
- 11) Você acredita que a mulher que vive em situação de violência tenha alguma vantagem e por isso fica nessa situação?
☐ Sim ☐ Não Qual?
- 12) Vou citar algumas afirmações sobre a atitude tomada pelo profissional diante de uma mulher 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 vitimizadas.

- () Concordo () Discordo () Indiferente
- b) A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é considerada e tratada como um problema médico.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- c) A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por fatores sociais como desemprego.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- d) A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- e) A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por problemas psicológicos da vítima.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- f) A agressão à mulher por seu parceiro íntimo é causada por problemas psicológicos do parceiro.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- g) As mulheres agredidas pelo parceiro íntimo mantêm-se nessa situação devido ao seu masoquismo.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- h) Os parceiros íntimos agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- i) Os parceiros íntimos agressores deveriam ser presos por agressão.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- j) É aceitável que um parceiro íntimo bata em sua esposa, se tiver sido realmente provocado.
() Concordo () Discordo () Indiferente
- k) A agressão do parceiro íntimo à mulher é um assunto de fórum íntimo e privado.
() Concordo () Discordo () Indiferente

Conhecimento I

- 13) Vou citar 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.
() Verdadeira () Falsa () Não Sabe.
- b) Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher cometidos por parceiro íntimo.

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

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

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

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

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

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

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

14) Vou citar algumas afirmações referentes à epidemiologia e às taxas de morbimortalidade de violência contra 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.

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

b) Poucas vezes que uma mulher é agredida há lesão corporal.

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

c) Uma em cada cinco mulheres que frequentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro.

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

d) A maioria das mulheres que vive em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Muzambinho.

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

15) Você acha que perguntar sobre situações de violência contra a mulher é seu papel profissional?

☐ Verdadeira ☐ Falsa ☐ Não Sabe.

16) No seu conhecimento, 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

☐ Infecção do Trato Urinário crônica

☐ Ferimentos que não se explicam

☐ Outros

Conhecimento II

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

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

- a) Abordar diretamente a paciente perguntando: “Você está apanhando em casa?”
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- b) Evitar abordar o assunto a menos que seja a queixa principal da paciente.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- c) Perguntar se há alguém com problema de alcoolismo em casa e se essa pessoa fica violenta quando bebe.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- d) Perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- 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 de seu parceiro”?
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.

Conhecimento III

18) 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.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- b) Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- c) O médico deve prescrever calmante/antidepressivos para a paciente conseguir lidar com possíveis problemas que tem em casa.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- 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.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.
- e) Avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência.
(☐) Verdadeira (☐) Falsa (☐) Não Sabe.

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

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

ANEXO B

Ofício CEP-EERP/USP nº 077/2017, de 17.04.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 17 de abril de 2017.

Protocolo CAAE: 63951917.3.0000.5393

Projeto: A percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo

Pesquisadores: Larissa Sales Martins

Ana Maria de Almeida (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Angelita Maria Stabile
Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Ana Maria de Almeida

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP