ANE RODRIGUES DE OLIVEIRA

**Violência de gênero contra
mulheres profissionais de enfermagem
de um hospital geral do município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina
Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Flávia
Pires Lucas d'Oliveira

São Paulo

2007
DEDICATÓRIA

A **DEUS**, pai de todas as horas, que me guiou até este momento tão especial, mostrando-me o valor de cada passo dado em direção à conclusão deste trabalho. Sou grata pela oportunidade e pelas pessoas que colocou em meu caminho.

Ao meu esposo **Vitor Carvalho Lara**, por me mostrar, a cada dia, que os sonhos são possíveis e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Aos meus pais **Paulo Lemos de Oliveira** e **Walda Rodrigues de Oliveira**, por me motivarem diante das dificuldades.

Aos irmãos **Ivi, Cristiano, Douglas** e **Fabio** pelo carinho e solidariedade para com meu esforço.

Aos meus sogros **Antônio Coelho Lara** e **Maria Antonieta Carvalho Lara**, pela solidariedade e apoio constantes.

Aos cunhados **Rolf Carvalho Lara** e **Beatriz Hallal Jorge**, pelo constante exemplo acadêmico.

Aos **meus alunos**, pelo exemplo de superação e pelo estímulo diário, mostrando-me, a cada dia, a importância do crescimento intelectual.

Em especial, a todas as profissionais de enfermagem que participaram desse estudo, compartilhando suas experiências pessoais de forma tão generosa.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a **Lilia Blima Schraiber**, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da FMUSP, pela acolhida nessa honrosa experiência acadêmica e de vida, pelos ensinamentos e contribuições primorosas.

À Prof^a Dr^a **Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira**, orientadora deste trabalho, pelos ensinamentos eternos, não só da temática “Violência de Gênero e Questões de Saúde”, mas também pela lisura, generosidade e carinho impressos ao longo desses três anos de convívio.

Aos membros da banca de qualificação pelas importantes contribuições: **Prof^a Dr^a Lilia Blima Schraiber**, **Prof^a Dr^a Elizabeth Meloni Vieira**, **Prof^o Dr^o Júlio Litvoc**.

A todos os **integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde, Gênero e Violência** do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, pelo trabalho tão especial de dar voz às mulheres que vivenciam situações de violência de gênero, propondo caminhos, efetivamente, concretos.

À Prof^a Dr^a **Raquel Rapone Gaidzinski**, pelo apoio fundamental neste trabalho.

À **Heloísa Hanada**, pela contribuição na coleta dos dados deste estudo.

À **Andréia Nascimento**, pela assessoria estatística neste trabalho.

Aos **enfermeiros supervisores** da instituição campo deste estudo, por compreenderem a importância deste trabalho e auxiliarem em todo o processo de coleta de dados.

À Professora **Eliane Lacerda Damasceno**, por confiar em meu sonho, oportunizando-me a linda experiência docente-discente.

Ao **CNPq**, pelo apoio financeiro.

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Editors (Vancouver)*

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria júlia de A L Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journal Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de siglas e abreviaturas

Lista de quadros

Lista de tabelas

Lista de figuras

Resumo

Summary

Apresentação

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Violência contra a mulher sob a perspectiva de gênero	1
1.2	Prevalências da violência contra a mulher	10
1.3	Fatores de risco da violência de gênero	14
1.4	Violência de gênero e seu impacto na saúde da mulher	16
1.4.1	<u>Atenção dos Serviços de Saúde à Violência de Gênero</u>	19
1.5	Profissionais de Enfermagem como um grupo especial de mulheres frente à violência de gênero	23
1.5.1	<u>Profissionais de enfermagem como cuidadoras de mulheres em situação de violência</u>	23
1.5.2	<u>Profissionais de enfermagem em situação de violência de gênero</u>	26
2	OBJETIVOS	31
3	MATERIAIS E MÉTODOS	33
3.1	Delineamento do estudo	33
3.2	Local de estudo	33
3.3	População sob estudo	34
3.4	Planejamento amostral	34
3.4.1	<u>Dimensionamento da amostra</u>	34
3.4.2	<u>Procedimento amostral</u>	36
3.5	Instrumento da pesquisa	37
3.5.1	<u>Variáveis do estudo</u>	38
	a) <i>Variáveis sociodemográficas</i>	38
	b) <i>Variáveis de situação profissional</i>	42
	c) <i>Variáveis sobre conjugalidade e parceiro íntimo</i>	43
	d) <i>Variáveis sobre o relacionamento (afetivo-sexual)</i>	44

e) <i>Variáveis sobre violência</i>	45
e.1) Violência por parceiros íntimos	46
e.2) Violência por outros.....	47
3.6 Estudo piloto	51
3.7 Trabalho de campo	54
3.8 Processamento e Análise dos dados	55
3.9 Aspectos éticos do estudo.....	56
3.10 Apoio financeiro	58
4 RESULTADOS.....	60
4.1 Características sociodemográficas	61
4.2 Características da situação profissional.....	64
4.3 Características de conjugalidade e do parceiro íntimo	65
4.4 Características do relacionamento (afetivo-sexual).....	68
4.5 Experiências de violência nas relações de intimidade	72
4.5.1 <u>Violência por parceiros íntimos (VPI)</u>	72
4.5.1.1 <i>Violência psicológica</i>	72
4.5.1.2 <i>Violência física</i>	77
4.5.1.3 <i>Violência sexual</i>	80
4.5.1.4 <i>Sobreposição da VPI</i>	84
4.5.1.5 <i>Verbalização do abuso sofrido</i>	86
4.5.1.6 <i>Procura de algum tipo de ajuda frente à VPI</i>	87
4.5.1.7 <i>Tipos de serviço/suporte procurados</i>	88
4.5.2 <u>Violência por familiares</u>	89
4.5.2.1 <i>Procura de algum tipo de ajuda frente à violência por familiares</i>	93
4.6 Experiências de violência por outros agressores.....	94
4.6.1 <u>Procura de algum tipo de ajuda frente à violência por outros</u>	99
4.7 Sobreposição da violência por parceiro íntimo, por familiares e por outros agressores.....	100
4.8 Revelação da violência sexual antes dos 15 anos de idade	102
4.9 Percepção da violência vivida entre as profissionais de enfermagem.....	102
4.10 Medo de alguém próximo	104
4.11 Agressão física pela entrevistada.....	105

4.12	Histórico de agressão entre os pais	106
4.13	Experiências de violência nas relações de intimidade entre colegas de enfermagem	107
4.14	Repercussão da aplicação do questionário para as profissionais entrevistadas	109
5	DISCUSSÃO	111
5.1	Violência nas relações de intimidade	115
5.2	Violência por outros agressores	126
5.3	Verbalização e busca de ajuda frente aos agravos vividos	129
5.4	Violência sexual na infância e histórico de violência entre os pais	132
5.5	Reconhecimento do vivido como violento	133
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
7	ANEXOS	142
7.1	Anexo 1 – Questionário	142
7.2	Anexo 2 – Modelo de cédula de auto-preenchimento	157
7.3	Anexo 3 – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa	158
7.4	Anexo 4 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	159
7.5	Anexo 5 – Modelo de mini-guia de serviços	160
8	REFERÊNCIAS	162

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS	Abuse Assessment Screening
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
Apud	Citado por
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTS	Conflict Tactics Scale
DP	Desvio padrão
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
EFC	Ensino fundamental completo
EFI	Ensino fundamental incompleto
EMC	Ensino médico completo
EMI	Ensino médio incompleto
ESC	Ensino superior completo
ESI	Ensino superior incompleto
Et al	e outros
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IPV	Intimate partner violence
NCIP	National Center for Injury Prevention and Control
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
p	Nível de significância estatística
PE	Pernambuco
PSF	Programa de Saúde da Família
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de terapia intensiva
VF	Violência física
VFam	Violência por familiares
VFE	Violência física exclusiva
VFP	Violência física conjugada à psicológica
VFS	Violência física conjugada à sexual
VO	Violência por outros agressores
VP	Violência psicológica
VPI	Violência por parceiro íntimo
VPS	Violência psicológica conjugada à violência sexual
VS	Violência sexual
VSE	Violência sexual exclusiva
WHO	World Health Organization
X ²	Estatística qui-quadrado de Pearson

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Frequência de violência contra a mulher, por parceiros íntimos, na vida.....	11
Quadro 2 - Grau de Instrução do Chefe da Família, segundo ABEP (2000)	40
Quadro 3 - Itens e Serviços disponíveis no domicílio, segundo ABEP (2000)	41
Quadro 4 - Estratos sociais (classes) equivalentes à pontuação obtida, segundo ABEP (2000).....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas das profissionais de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)	62
Tabela 2 -	Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo categoria profissional e principais características sociodemográficas - 2005/06 (n=179)	63
Tabela 3 -	Características da situação profissional das profissionais de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179).....	65
Tabela 4 -	Características de conjugalidade das profissionais de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)	66
Tabela 5 -	Características de parceria íntima das profissionais de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)	67
Tabela 6 -	Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo categoria profissional e principais características sociodemográficas de seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)	68
Tabela 7 -	Diferenças de idade e escolaridade entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, de um hospital geral do município de São Paulo e seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)	69
Tabela 8 -	Comunicação sobre assuntos cotidianos (resposta múltipla) entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, e seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)	69

Tabela 9 -	Comunicação, agrupada, sobre assuntos cotidianos entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, e seus parceiros íntimos- 2005/06 (n=177)	70
Tabela 10 -	Frequência de brigas, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, e seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)	70
Tabela 11 -	Comportamentos controladores por parceiros íntimos, na vida (resposta múltipla), sobre trabalhadoras de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)	71
Tabela 12 -	Comportamentos controladores, agrupados, por parceiros íntimos sobre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)	71
Tabela 13 -	Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo relato de, ao menos, um comportamento controlador pelo parceiro íntimo, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)	72
Tabela 14 -	Violência psicológica por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177*)	73
Tabela 15 -	Atos de violência psicológica por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)	73
Tabela 16 -	Gravidade da violência psicológica por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177*)	74

Tabela 17 - Repetitividade da violência psicológica por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=105)	75
Tabela 18 - Época de ocorrência da violência psicológica por parceiros íntimos entre trabalhadoras de enfermagem, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177).....	76
Tabela 19 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência psicológica por parceiros íntimos, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)	77
Tabela 20 - Violência física por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177).....	77
Tabela 21 - Atos de violência física por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)	78
Tabela 22 - Gravidade da violência física por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177).....	79
Tabela 23 - Repetitividade da violência física por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=59)	79
Tabela 24 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência física por parceiro íntimo, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)	80
Tabela 25 - Violência sexual por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177).....	81

Tabela 26 - Atos de violência sexual por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)	81
Tabela 27 - Sobreposição dos atos de violência sexual por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177).....	82
Tabela 28 - Repetitividade da violência sexual por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=50)	82
Tabela 29 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência sexual por parceiros íntimos, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)	83
Tabela 30 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo qualquer tipo de VPI, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)	83
Tabela 31 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo VFS, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)	85
Tabela 32 - Verbalização da VPI entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram algum tipo de VPI, na vida - 2005/06 (n=112*).....	87
Tabela 33 - Busca de ajuda/suporte pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram algum tipo de VPI, na vida - 2005/06 (n=112*).....	87

Tabela 34 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram algum tipo de VPI, na vida segundo tipo de VPI e busca de ajuda/suporte - 2005/06 (n=112*)	88
Tabela 35 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência psicológica por familiares, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	92
Tabela 36 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência física por familiares, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	93
Tabela 37 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência sexual por familiares, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	93
Tabela 38 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência psicológica por outros agressores, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	97
Tabela 39 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência física por outros agressores, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	98
Tabela 40 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência sexual por outros agressores, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	98
Tabela 41 - Revelação de medo de alguém próximo, pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)	105

Tabela 42 - Pessoa temida pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)	105
Tabela 43 - Agressão física a outrem, por parte das trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)	106
Tabela 44 - Pessoa agredida pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)	106
Tabela 45 - Histórico de agressão entre os pais de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, - 2005/06 (n=179*)	107
Tabela 46 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo histórico de agressão entre os pais e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	107
Tabela 47 - Experiência de violência nas relações de intimidade entre colegas de enfermagem de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/2006 (n=179*)	108
Tabela 48 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo experiência de violência nas relações de intimidade por colegas de enfermagem e categoria profissional - 2005/06 (n=179)	108
Tabela 49 - Estado emocional, pós-entrevista, das trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/2006 (n=179*)	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo Ecológico dos Fatores Associados à Violência por Parceiros Íntimos	15
Figura 2 -	Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram VPI, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=177*)	86
Figura 3 -	Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram violência por familiares, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=179)	92
Figura 4 -	Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram violência por outros agressores, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=179)	97
Figura 5 -	Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram VPI, violência por familiares ou violência por outros agressores, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=179)	101

RESUMO

Oliveira, AR. *Violência de gênero contra mulheres profissionais de enfermagem de um hospital geral do município de São Paulo*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Introdução: Esse estudo investigou a violência de gênero contra mulheres profissionais de enfermagem perpetrada por parceiros íntimos (VPI), familiares e outros agressores. **Objetivos:** Estimar a ocorrência de violência psicológica, física, sexual; caracterizar os agressores, a busca de ajuda e locais procurados; analisar as diferenças entre enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem quanto à frequência da violência de gênero e verificar a nomeação de violência aos atos de agressão identificados. **Métodos:** Nesse estudo transversal foram entrevistadas 179 profissionais de 20 a 59 anos (50 enfermeiras e 129 auxiliares/técnicas de enfermagem), utilizando-se um questionário validado e aplicado face a face por entrevistadoras treinadas. **Resultados:** A VPI foi a mais frequente (63,7%; IC_{95%}:55,7-70,4) seguida pela violência por outros (45,8%; IC_{95%}:38,3-53,4) perpetrada por pacientes/acompanhantes, colegas de trabalho da área da saúde, estranhos, chefia de enfermagem e conhecidos. A violência por familiares ocupou o terceiro lugar (41,3%; IC_{95%}: 34,0-48,9) e foi cometida, principalmente, por pai, irmãos (homens), tios e primos. Houve importante sobreposição dos tipos de VPI, sendo a forma exclusiva de violência psicológica a mais comum (19,2%), seguida pelas três formas (17,5%) e violência psicológica conjugada à física (14,7%). Auxiliares/técnicas de enfermagem referiram mais VPI que enfermeiras ($p<0,05$). As profissionais de enfermagem, de forma geral, buscaram pouca ajuda: 20,3% para a violência por outros, 29,3% para a violência por familiares e 29,7% para a VPI. Não perceberam o vivido como violento, 31,9% das entrevistadas. **Conclusões:** Os elevados índices de violência de gênero identificados evidenciam a presença dessa forma de violência também entre mulheres profissionais de saúde de alta escolaridade. Propõe-se que essa temática seja foco de atenção das equipes supervisoras nos locais de trabalho, através de uma abordagem acolhedora e ética. Sugere-se que o tema seja abordado para a proteção da saúde das profissionais e para uma melhor prática assistencial.

Descritores: violência contra a mulher, enfermeiras clínicas, violência doméstica, ocupações em saúde, mulheres maltratadas, estudos transversais, prevalência, maus-tratos conjugais, mulheres, trabalho feminino.

SUMMARY

Oliveira, AR. *Gender-violence against female members of the nursing staff in a general hospital in the municipality of São Paulo, Brazil* [Masters Degree dissertation] São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2007.

Background: This study investigated gender violence against female nursing staff perpetrated by male intimate partners (IPV), family members and other aggressors. **Objectives:** To estimate the occurrence of psychological, physical and sexual violence; characterize the aggressors, as well as the attempt to seek help and where it was sought; analyze the differences between nurses and nursing aides/technicians as to the frequency of gender violence and to verify if the acts of aggression are designated as violence. **Methods:** In this cross sectional study, 179 professionals, aged 20 to 59 years old, were interviewed (50 nurses and 129 nursing aides / nurse technicians). A validated questionnaire was applied in face to face interviews conducted by trained interviewers. **Results:** IPV was the most frequent form of violence (63.7%; IC_{95%}:55.7-70.4), followed by violence perpetrated by others (45.8% IC_{95%}: 38.3-53.4) including patients and people accompanying them, colleagues within the field of health, chiefs of the nursing staffs, acquaintances and strangers. Family members occupied the third place as aggressors, (41.3%; IC_{95%}:34.0-48.9), and the majority of these were fathers, brothers, uncles and cousins. There was an important amount of overlap of the types of IPV, being that the most common exclusive form was psychological violence (19.2%), followed by psychological, physical and sexual violence in conjunction (17.5%) and then by both psychological and physical violence (14.7%). Nursing aides/ technicians mentioned the occurrence of IPV more frequently than did the nurses ($p<0.05$). In general, the nursing staff did not seek help frequently: only 20.3% of those who suffered violence from other aggressors, 29.3% from family members and 29.7% from IPV sought help. Those who did not perceive their experience as a form of violence represented 31.9% of the subjects interviewed. **Conclusions:** The high rates of gender violence identified in this study are evidence of the occurrence of this form of violence among female health professionals with high levels of education. It is suggested that team supervisors be encouraged to focus on this theme in the workplace, addressing it by means of an ethical and supportive approach. By contributing towards the protection of health professional's well being, this could also help improve the quality of assistance for which they are responsible.

Descriptors: Violence against women, nurse clinicians, domestic violence, health occupations, battered women, cross-sectional studies, prevalence, spouse abuse, women, women working.

A background image featuring several pink flowers with delicate, ruffled petals and green leaves. The flowers are in various stages of bloom, with some fully open and others as buds. The lighting is soft, creating a gentle, ethereal atmosphere.

*À vida, cheia de possibilidades.
Possibilidades de mudanças e re-começos
frente ao que incomoda, ao que não é
direito...*

*Ventos novos chegam revolvendo
dores, mas propõem um novo re-arranjo
de desejos, por vezes, adormecidos pela
vergonha, dor e medo.*

APRESENTAÇÃO

Desde o Curso de Graduação em Enfermagem tenho me deparado com o grande desejo de participar do processo de ensino-aprendizagem daqueles que buscam, nessa área tão especial, construída sobre e para o “cuidar”, a possibilidade de realização profissional, intelectual e, por que não dizer, também pessoal. Motivada pela necessidade de melhor desenvolvimento acadêmico e pelo apreço às práticas de Saúde Coletiva, foi que se iniciou, então, minha trajetória na pós-graduação, ainda em processo “germinativo”.

Foi na atuação profissional como enfermeira assistencial no PSF (Programa de Saúde da Família) que uma nova aspiração principiou-se, constituindo a mola propulsora da presente dissertação de Mestrado. Casos de mulheres em situação de violência por pessoas de sua intimidade, percebidos, ainda que sutilmente, na realidade cotidiana de algumas usuárias do serviço local de saúde, passaram a suscitar envolvimento com esse tema tão delicado: *violência contra a mulher*. Principalmente o pouco conhecimento sobre o assunto, seja por não ser uma questão presente nos currículos dos cursos de graduação em saúde, seja pela falta de treinamentos específicos sobre o tema, acabou por gerar uma angústia e inquietação que, tanto da perspectiva assistencial quanto da científica e pedagógica, impulsionaram-me a conhecer, de maneira mais profunda, o problema.

De tal modo, procurei as estudiosas de referência sobre a questão que me inquietava e que, com o decorrer do tempo, passaria a assumir

importância crescente em minha vida, não só como pauta de pesquisa e intervenção, mas também como compromisso ético-pessoal. As docentes Dra. Lilia Blima Schraiber e Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, pesquisadoras do Grupo de Pesquisa e Intervenção em Violência e Gênero nas Práticas de Saúde do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), acolheram-me, de forma generosa, em minhas inquietações, ainda pouco delineadas e, não raro, confusas. Posteriormente, em 2004, inseri-me oficialmente no Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da FMUSP, iniciando meu projeto de Mestrado.

Com o suporte da então orientadora deste trabalho, a Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, que me guiou durante toda a trajetória do presente trabalho, com a ética e generosidade que lhe são características, a proposta de estudo foi amadurecida; em especial, na disciplina cursada sobre “Saúde, família e violência: uma abordagem de gênero”. Identificamos, na temática *violência contra a mulher*, um enfoque ainda pouco estudado, que sustenta o interesse investigativo deste trabalho. Trata-se da descrição de experiências de violência de gênero, vivenciadas por profissionais de enfermagem, do sexo feminino, atentando-se para a necessidade de se visibilizar essa questão tanto pelo seu impacto na saúde dessas profissionais quanto por sua interface com a prática assistencial prestada.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Violência contra a mulher sob a perspectiva de gênero

A violência contra a mulher (VCM) tem sido notadamente evidenciada devido à sua alta prevalência em toda a extensão mundial, recebendo atenção crescente de vários setores da sociedade. É considerada uma importante questão social e de saúde pública, abrangendo diferentes classes sociais, raças/etnias, religiões, faixas etárias e graus de escolaridade, de acordo com a World Health Organization - WHO (1997).

As primeiras explicações para a subordinação das mulheres na sociedade e para a ocorrência de violência contra elas assentavam-se na noção de patriarcado, cunhada para nomear a explícita e histórica dominação masculina sobre a mulher, em termos de sua sexualidade, reprodução e desenvolvimento social. Hartman (1979)¹ *apud* Saffioti (2004) definiu patriarcado como:

(...) um conjunto de relações sociais que tem uma base material e no qual há relações hierárquicas entre homens e solidariedade entre eles, que os habilitam a controlar as mulheres. Patriarcado é, pois, o sistema masculino de opressão às mulheres (p. 16).

O papel mais “ativo” na relação social e sexual seria atribuído ao homem, que deteria o controle da sexualidade feminina e da organização da atividade dos membros da família. Além disso, os homens seriam estimulados a desenvolver condutas agressivas e perigosas, supostamente, expressando força e coragem.

¹ Hartman H. *The unhappy marriage of marxism and feminism: towards a more progressive union, capital and class*. 1979;8:1-33.

À mulher, no entanto, impunham-se as funções reprodutivas e voltadas ao ambiente doméstico, vinculadas a comportamentos dóceis e apaziguadores. Para Giffin (1994), a noção de patriarcado buscou explicar a legitimidade de um domínio masculino sobre as mulheres expresso por meio do controle social sobre a identidade e o corpo da mulher, abrindo aos homens prerrogativa de exercerem, até mesmo, a força física contra elas.

No plano dos direitos, a dissensão entre as dimensões pública e privada seria, por consequência, evidente. Como os direitos civis e políticos eram reconhecidos predominantemente na esfera pública, as violações a esses direitos, na vida privada das relações familiares, não eram vistas como tal, nem tampouco penalizadas (Jelin, 1994). O espaço privado seria sinônimo de privacidade, controlado pelo homem e livre de intervenções do Estado. Segundo Hannah Arendt (1983), o espaço privado seria, para as mulheres, um espaço de privação:

“Estar circunscrito ao espaço privado é estar privado da relação com os outros pela palavra e pela ação na construção e nas decisões concernentes ao mundo comum, ou seja, à existência política” (p.67).

Assim, faz sentido o fato de que a esfera domiciliar constitui o espaço mais freqüente da violência exercida contra mulheres, principalmente por homens. Por outro lado, o espaço público se caracteriza como cenário principal de situações violentas para o sexo masculino, sendo os agressores pessoas conhecidas ou estranhas, homens, em sua maioria (Barsted, 1994).

Há três décadas, grupos feministas têm chamado a atenção para esse tipo de violência como temática de investigação e intervenção nos

campos judicial, social e de saúde. No Brasil, as reivindicações acerca da VCM ganharam voz, igualmente, pelo movimento feminista, no início da década de 80. O cenário político mostrava-se menos árido e inflexível aos questionamentos dos movimentos sociais, mediante uma incipiente abertura democrática. Os homicídios correntes contra mulheres, perpetrados por seus maridos ou companheiros, inflamaram os argumentos feministas, que chamavam a atenção para a violação dos direitos humanos da mulher. Os agressores utilizavam o argumento da “legítima defesa da honra” dos crimes passionais, ancorado em acusações de “infidelidade”, “comportamento moderno” ou “independência” por parte da mulher, sendo vistos como homens que pretendiam apenas defender a honra e o bom nome da família. Além disso, os crimes, quando julgados, repercutiam em absolvição do agressor ou em penas amenas; o que conferiu relevo à existência de uma violência específica contra a mulher, acobertada pelo Estado e legitimada pela sociedade (Barsted, 1994).

A partir dos anos 80, a assimetria de poder entre homens e mulheres passava a ser teorizada através da noção de gênero, perdendo força, gradativamente, as explicações baseadas na noção de patriarcado, isto é, nas diferenças sexuais. As desigualdades de poder entre homens e mulheres passam, então, a ser vistas como intimamente relacionadas à construção histórico-cultural do ser feminino e do ser masculino.

De acordo com Scott (1991), gênero consiste na construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero refere-se ao seu exercício social.

Para a autora “(...) gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder” (p. 14).

Gênero possibilita, então, uma abordagem construtivista do que se designa feminino e masculino, enunciando um caráter relacional para a análise e compreensão da violência não só de homens contra mulheres, como também de mulheres contra homens, de mulheres contra mulheres e de homens entre si. Segundo d’Oliveira (1996):

Gênero quer ressaltar que a construção do feminino e de uma mulher em uma determinada sociedade é complementar e relacional com o que significa também o masculino e o ser homem (...) (p. 34).

Tal abordagem propõe que a compreensão do feminino passa, necessariamente, pela compreensão do masculino e vice-versa. Concebe a violência contra a mulher como resultante de relações desiguais de poder, engendradas segundo as normas do ser mulher e do ser homem, em uma determinada sociedade e período de tempo (Chauí, 1984; Heise, 1994; Louro, 1995; Saffioti, 1999 e Dantas-Berger e Giffin, 2005).

Essa abordagem das relações de gênero possibilitou uma abertura histórica para a transformação de um quadro que, tal como definido pela noção de patriarcado, permitia pouca abertura à mudança, incorrendo no risco de atribuir ao homem a imagem de eterno agressor e à mulher, a imagem de eterna vítima. Assim, em detrimento dessa idéia essencialista, o referencial de gênero possibilita a noção de *mulheres em situação de violência*, significando uma relação de poder entre masculino e feminino

passível de desigualdades e conflitos mútuos, mas, também, passível de mudanças.

Tal compreensão relacional, no entanto, não descaracteriza o eixo principal de exercício de poder entre os gêneros na contemporaneidade. A construção social de características masculinas, tradicionalmente valorizadas, constituintes de uma masculinidade tida como hegemônica² e presente ainda em diversas partes do Mundo, contribui fortemente para a subjugação feminina. Nesse sentido, Heise (1994) e Saffioti (2004) destacam que, nas sociedades atuais, as mulheres são as maiores vítimas da violência doméstica e sexual, salientando que, mesmo na ocorrência da agressão física da mulher contra o homem, essa se mostra, freqüentemente, motivada pelo revide. Além disso, as agressões cometidas pelos homens contra as mulheres concorrem para conseqüências mais graves, justamente pelo caráter repetitivo que possuem (Heise et al., 1999).

Verifica-se, contudo, que gênero, analisado de forma isolada, ainda não se mostra suficiente para uma total compreensão do processo histórico-sócio-cultural das desigualdades de poder em nossa sociedade. Outros fatores igualmente importantes, sobre os quais o poder também se distribui como classe social, raça/etnia e mudanças culturais de geração, são necessários a uma compreensão mais integral dessa problemática (Dantas-Berger e Giffin, 2005).

² Couto & Schraiber (2005) mostram a contribuição de Connell (1995; 1997) e Couterney (2000) na conceituação da masculinidade hegemônica, que seria uma forma culturalmente idealizada de caráter masculino, fundamentada no machismo com algumas características tais como: supressão das necessidades de saúde, recusa em admitir ou reconhecer sua dor ou sofrimento, afirmação de controle físico e emocional, o constante interesse em sexo, o comportamento agressivo, entre outros.

Em 1993, obtém-se o reconhecimento internacional da VCM como uma violação dos direitos humanos e como uma forma de discriminação contra a mulher. Através da “Declaração sobre a Eliminação de todas as Formas de Violência contra a Mulher”, as Nações Unidas (United Nations, 1993) definiam esse tipo de violência como:

Qualquer ato de violência baseada em gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada (Artigo 1º).

Assim, esse tipo específico de violência passava a ser denominado *violência baseada nas relações de gênero* ou *violência de gênero*, possivelmente um de seus termos mais atuais, chamando atenção para o aspecto relacional.

Sabe-se que a violência direcionada à mulher pode ocorrer em três domínios: o da família, o da comunidade e o do Estado (United Nations, 1993 e Heise et al., 1999). Dentre os agressores, portanto, encontram-se: parceiros íntimos, cônjuges e membros familiares, maiormente; vizinhos; pessoas estranhas e figuras do Estado, como soldados e policiais, geralmente em situação de guerra.

Em relação ao ciclo de vida da mulher, o *United Nations Children's Fund* – UNICEF (2000), a partir de estudos já realizados, revela a diversidade das agressões sofridas. Na vida intra-uterina e na infância mais precoce, têm-se, respectivamente, o aborto seletivo de sexo e infanticídio feminino que ocorrem em culturas nas quais há maior preferência por meninos. Na infância mais tardia, incidem a mutilação genital feminina; os abusos físicos, sexuais e psicológicos; incesto; prostituição e pornografia

infantil. Na adolescência e vida adulta, a violência pode advir do namoro, como estupro e queimaduras por ácidos e álcool; incesto; abuso sexual no trabalho; estupro por estranhos, parceiros íntimos e familiares; pornografia e prostituição forçada; tráfico de mulheres; violência por parceiro íntimo e familiares e estupro em massa nas guerras e conflitos armados. A violência física, sexual e psicológica por familiares, estranhos ou conhecidos também acomete as mulheres em sua fase senil.

Ainda, o órgão caracteriza as diferentes formas de VCM, podendo ser de natureza econômica, psicológica/emocional, física e sexual.

1) Abuso econômico: controle financeiro, de acesso a serviços de saúde e nas atividades de trabalho.

2) Abuso psicológico (emocional): insultos, humilhações, intimidações, ameaças pessoais e a pessoas próximas.

3) Abuso físico: tapas, empurrões, socos, surras, estrangulamentos, queimaduras, ameaça com algum objeto ou arma de fogo e assassinato. Também inclui práticas tradicionais nocivas às mulheres como mutilação genital e violência por dotes.

4) Abuso sexual: relações sexuais forçadas ou por coação, bem como práticas sexuais humilhantes e degradantes.

Os abusos dificilmente ocorrem de forma isolada, havendo correlação entre os tipos de agressão. A violência física é quase sempre acompanhada pelo abuso psicológico e, em muitos casos, pelo abuso sexual (UNICEF, 2000).

No bojo da violência de gênero situam-se outras denominações, por vezes, com intersecções entre si. Dentre as mais utilizadas destacam-se: *violência familiar ou intrafamiliar, violência doméstica e violência por parceiro íntimo (VPI)*.

Primeiramente, a *violência familiar ou intrafamiliar* caracteriza-se por toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, ocorrendo dentro ou fora da esfera doméstica (Brasil, 2002). Além das relações estabelecidas pela consangüinidade, envolve as pessoas que passam a assumir função parental (Saffioti, 1999; Saffioti, 2004).

Em segundo lugar, tem-se o termo *violência doméstica*, que considera somente as pessoas que convivem no mesmo espaço doméstico, incluindo, por exemplo, agregados, empregados, sem a necessidade de haver vínculos consangüíneos ou relações de parentesco (Brasil, 2002).

Ressalta-se que o termo *violência doméstica* tem sido muito utilizado pela literatura internacional para se referir à *violência por parceiro íntimo* (Heise et al., 1999; Sugg et al., 1999; Eisenstat & Bancroft, 1999; UNICEF, 2000 e Cann et al., 2001). Talvez isso ocorra pelo fato de que uma das formas mais prevalentes de violência doméstica contra a mulher seja aquela perpetrada pelos próprios parceiros íntimos (Heise, 1994). Segundo Schraiber et al. (2005), o espaço doméstico representa um cenário importante das relações afetivo-conjugais, constituindo local de potenciais

conflitos, tensões e uma necessidade cotidiana de re-arranjos nas relações de poder, hierarquia e reciprocidade entre os sujeitos.

A *violência por parceiros íntimos*, por sua vez, descreve agressões físicas, sexuais e psicológicas engendradas, especificamente, nas relações afetivo-conjugais ou afetivo-sexuais, seja por meio de união oficial, consensual ou o próprio namoro, segundo National Center for Injury Prevention and Control – NCIP (2005). Os agressores, portanto, podem ser: marido/ex-marido, companheiro/ex-companheiro e namorado/ex-namorado.

A partir desses conceitos, verifica-se que as relações de parentesco, consangüíneas ou não, a coabitação em espaços comuns ou o relacionamento afetivo-sexual representam campos potenciais de violência dirigida à mulher. No presente estudo, optou-se por denominar a violência física, sexual e psicológica expressa nessas relações de: *violência nas relações de intimidade*.

Entretanto, além do círculo mais íntimo, as mulheres também são alvos da violência cometida por conhecidos (vizinhos, colegas de trabalho e colegas de escola) e por estranhos, mais associada à criminalidade e delinquência (WHO, 1996). Esses casos, também pesquisados neste estudo, por ajudarem a caracterizar o perfil de violência entre as profissionais de enfermagem aqui estudadas, foram denominados *violência por outros*.

O presente trabalho aborda experiências de violência vividas, tanto nas relações de intimidade (familiares e parceiros íntimos) quanto nas relações entre conhecidos (vizinhos, colegas de trabalho, colegas de escola)

e pessoas estranhas. Foram enfatizadas, especialmente, as formas de violência de gênero presentes nas relações de intimidade, tanto por serem mais freqüentes quanto por serem as mais estudadas.

1.2 Prevalências da violência contra a mulher

Estima-se que pelo menos um quinto da população feminina mundial já tenha sofrido violência física ou sexual por algum homem, em certo momento de suas vidas (WHO, 1997). Estudos realizados nas últimas duas décadas demonstram ser a questão significativamente prevalente, principalmente quanto à violência perpetrada por parceiros íntimos, mais investigada que a violência praticada por outros agressores.

Campbell (2002) identificou uma prevalência anual de 8,0% e 14,0%, respectivamente, nos Estados Unidos e Canadá, de agressão física contra mulheres de todas as idades, por seus maridos, namorados e ex-namorados. Para Heise et al. (1999) cerca de 20,0% a 50,0% das mulheres ao redor do Mundo sofrem violência física e/ou sexual por seus parceiros íntimos ou companheiros.

Dados compilados por Heise et al. (1999), Isis International (2005) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através do estudo *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, coordenado por García-Moreno et al. (2006), apontam prevalências significativas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo ao redor do Mundo. Algumas dessas freqüências estão descritas a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 - Frequência de violência contra a mulher por parceiros íntimos, na vida

PAÍS	AMOSTRA (mulheres que já tiveram algum tipo de relacionamento afetivo-sexual na vida)	OCORRÊNCIA DE VPI ALGUMA VEZ NA VIDA
Bangladesh, 2000-2003***	Amostra de 1329 mulheres com idade de 15 a 49 anos de grande centro urbano	53,4% (IC _{95%} = 49,3–57,4) das mulheres relataram ter sofrido agressão física e/ou sexual
Peru, 2000-2003***	Amostra de 1086 mulheres com idade de 15 a 49 anos de grande centro urbano	51,2% (IC _{95%} = 47,8-54,6) das mulheres relataram ter sofrido agressão física e/ou sexual
Namíbia, 2000-2003***	Amostra de 1367 mulheres com idade de 15 a 49 anos de grande centro urbano	35,9% (IC _{95%} = 32,7-39,1) das mulheres relataram ter sofrido agressão física e/ou sexual
Japão, 2000-2003***	Amostra de 1276 mulheres com idade de 15 a 49 anos de grande centro urbano	15,4% (IC _{95%} = 13,4-17,4) das mulheres relataram ter sofrido agressão física e/ou sexual
Paraguai, 2004*	Amostra de 5070 mulheres com idade de 15 a 44 anos	19% das mulheres relataram ter sofrido agressão física
Estados Unidos, 1995-1996**	Amostra de 8000 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos	22% das mulheres relataram ter sofrido agressão física
Canadá, 1993**	Amostra de 12300 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos	29% das mulheres relataram agressão física

Adaptado de Heise et al. (1999)*; Isis International (2005)** e García-Moreno et al. (2006)***.

Igualmente, no Brasil, estudos revelam elevadas prevalências de violência contra a mulher.

Em estudo da OMS (García-Moreno et al., 2006), realizou-se no Brasil, pesquisa de base populacional, representativa da cidade de São Paulo (SP) e Zona da Mata (PE), nos anos de 2000 e 2001. Organizada pelas coordenadoras do “Grupo de Pesquisa e Intervenção em Violência e Gênero

nas Práticas de Saúde” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Dra. Lilia Blima Schraiber e Dra. Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira, foram encontradas prevalências importantes de violência física e/ou sexual (VFS) por parceiro íntimo, na vida. Para 2.128 mulheres de 15 a 49 anos as frequências foram de 29,0% em São Paulo-SP (n=940) e 37,0% na Zona da Mata de Pernambuco-PE (n=1188). Já a violência física por outros agressores, sofrida após os 15 anos, apareceu em maior proporção em São Paulo (21,0%) que na Zona da Mata de PE (13,0%), sendo os agressores, em sua grande maioria, os familiares das vítimas (Schraiber et al. 2002a). Nesse estudo, realizado em 10 países ao redor do mundo, foi utilizado instrumento da OMS, validado no Brasil por Schraiber et al. (2007b).

Venturi et al. (2004), em estudo de base populacional, pesquisou 2.502 mulheres de 15 anos ou mais, em 24 estados brasileiros. Os autores encontraram que um terço das mulheres (33,0%) já havia sofrido, em algum momento de sua vida, algum tipo de violência física. A violência psicológica e a sexual foram referidas por, respectivamente, 27,0% e 13,0% da amostra. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os agressores mais identificados.

O terceiro estudo populacional realizado no Brasil estudou 6.760 mulheres entre 15 e 69 anos de idade, em 15 capitais (Reichenreim et al., 2006). Utilizando-se o instrumento *Conflict Tactics Scale – CTS* (Straus, 1979), identificou-se 12,2% de violência física por parceiros íntimos.

Com uma amostra menor e com instrumento, também fundamentado no CTS, Bruschi et al. (2006) pesquisaram a prevalência da violência

conjugal entre 86 mulheres de 15 a 49 anos, residentes ao município de Embu-SP. Identificaram, também, uma taxa elevada de algum episódio de violência física, por parceiros íntimos, ao longo da vida, igual a 33,7%.

Os outros estudos existentes no país acerca da frequência da VPI referem-se, principalmente, a populações captadas em serviços de saúde.

Enfatizando a interface entre violência e saúde, Schraiber et al. (2002b) encontraram, para uma amostra de 322 mulheres, de 15 a 49 anos, usuárias de um serviço de atenção primária do município de São Paulo, taxa de 44,4% de violência física na vida adulta. Os principais agressores foram os companheiros (41,3%), familiares (35,7%), conhecidos (13,3%) e estranhos (9,8%). Destaca-se o uso de instrumento de coleta de dados baseado no modelo americano do *Abuse Assessment Screening* - AAS (Norton et al., 1995).

Outro estudo, realizado por Schraiber et al. (2007a), identificou taxa de 45,3% de VFS entre 3.193 usuárias, de 15 a 49 anos, de 19 serviços de saúde da Grande São Paulo.

Também em serviço de atenção primária à saúde, Kronbauer & Meneghel (2005) identificaram, entre usuárias de 18 a 49 anos, frequências importantes de violência por companheiro, em Porto Alegre-RS. Dentre as 251 mulheres pesquisadas, 55,0% referiram violência psicológica, 38,0% reportaram violência física e 8,0% revelaram violência sexual.

Marinheiro et al. (2006) também identificaram importantes taxas de violência perpetrada pelo companheiro, em meio a 265 usuárias de um centro distrital de saúde de Ribeirão Preto (SP), com idade de 18 a 49 anos.

A violência psicológica, física e sexual foi referida, respectivamente, por 41,5%, 26,4% e 9,8% das entrevistadas.

Nesses três últimos estudos, empregou-se o instrumento da OMS adaptado para o Brasil (Schraiber et al. 2007b).

1.3 Fatores de risco da violência de gênero

A depender do contexto histórico-cultural e sócio-político dos países, Jewkes (2002) aponta como potenciais geradores da VCM, na esfera da intimidade, fatores como: pobreza ou desigualdade econômica entre homens e mulheres; comportamentos masculinos de controle e supremacia em detrimento das mulheres; crescimento intelectual das mulheres que as tornam mais questionadoras da opressão masculina; estereótipos sociais de homem e mulher fundamentados nas diferenças sexuais, somente; experiência pessoal ou próxima de violência na infância, o que pode estimular a reprodução de comportamentos violentos na vida adulta e, também, o abuso de álcool e uso de drogas ilícitas.

De forma esquematizada, esses e outros fatores são apresentados por Heise (1998), por meio de uma *rede ecológica* (Figura 1), organizada em quatro esferas de análise:

Figura 1 - Modelo Ecológico dos Fatores Associados à Violência por Parceiros Íntimos

Fonte: Heise (1998). Tradução realizada pela autora.

Nesse esquema de compreensão da violência por parceiros íntimos, destaca-se a idéia de interação entre as esferas relativas ao indivíduo, ao contexto das relações familiares e sociais mais próximas e da sociedade como um todo.

No nível **individual**, o parceiro pode ter sido vítima de abuso durante a infância, presenciado violência doméstica, ter crescido na ausência do pai, rejeitado o seu pai, abusar do álcool ou fazer uso de drogas ilícitas. No nível **familiar**, ele pode controlar os recursos e tomar as decisões familiares. No nível **comunitário**, a mulher pode estar isolada em função da ausência de mobilidade ou de suporte social. No nível **societal**, a masculinidade é comumente definida pela dominância do homem e reflete padrões relacionais de honra e poder. A punição e 'correção' de mulheres e crianças que não aceitam esses padrões são comumente aceitas em algumas culturas. No nível **estatal**, as leis contra

a violência podem não estar sendo implementadas. Quando o Estado não pune a violência, aqueles que a perpetram podem infringir as leis impunemente (Isis International, 2005:2).

Esse tipo de violência seria resultante de uma inter-relação dos aspectos presentes em cada dimensão, não sendo um atributo somente do campo individual e correspondendo, portanto, a distintos contextos sócio-político-econômicos e culturais. Ressalta-se, entretanto, que tais fatores e a forma como cada qual contribui para situações de violência ainda não estão completamente definidos e não são aspectos estanques para a compreensão das situações concretas de violência de gênero.

A maior escolaridade da mulher, por exemplo, pode aumentar o risco de violência por ameaçar a hierarquia de gênero estabelecida; mas também pode proteger da violência à medida que possibilita à mulher maior apropriação de seus direitos enquanto ser humano e cidadã, contribuindo assim para relacionamentos mais igualitários (UNICEF, 2000, Jewkes et al., 2002).

1.4 Violência de gênero e seu impacto na saúde da mulher

A violência por parceiros íntimos, uma forma importante da violência de gênero, tem sido, maiormente, estudada em termos do seu impacto na saúde da mulher. Os estudos revelam que as conseqüências à saúde são diversas e significativas, interferindo negativamente em sua qualidade de vida. Tais abusos geram, muitas vezes, comprometimentos graves à saúde, originados por situações crônicas ou atos específicos de violência, podendo se estender por toda a vida: “A influência da violência sofrida pode se

perpetuar por toda a vida, durar muito tempo, mesmo depois de o abuso ter cessado” (Koss et al., 1991).

As repercussões à saúde da mulher incluem lesões, traumas físicos e problemas crônicos de saúde (Ellsberg et al., 1998; Campbell, 2002). De acordo com esses autores, podem ocorrer alterações neuropsicológicas desencadeadas por estresse e medo; dores de cabeça; problemas ginecológicos, incluindo doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) por relação sexual forçada e sem uso de condon; dor e inflamação pélvica. Também são descritos: o baixo peso ao nascer; morte materna e fetal por violência durante a gravidez; diminuição do uso de condon de forma geral; uso excessivo de álcool, cigarro e consumo de drogas ilícitas por agressores e vítimas.

Em relação à saúde mental, encontram-se associadas consequências como medo, fadiga, ansiedade e depressão por distúrbios e seqüelas provenientes de estresse pós-traumático; disfunção sexual, do sono; distúrbios da alimentação; desordens múltiplas de personalidade e tendência suicida (Heise, 1998; Eisenstat & Bancroft, 1999; Heise et al., 1999; Wingood et al., 2000; García-Moreno & Heise, 2002).

O homicídio, forma extrema da violência, pode estar associado ao acesso a armas ou instrumentos potencialmente perigosos; abuso de substâncias, principalmente o álcool; sexo forçado; comportamento dominador, de extremo ciúme, posse ou, até mesmo, obsessivo; história prévia de uso de armas ou prática de violência; postura violenta e agressiva (Campbell, 1994).

Faz-se importante destacar que os impactos desse tipo de violência vão além dos agravos à saúde da mulher, estendendo-se também às suas crianças. Crianças cujas mães são vítimas de violência doméstica têm maior risco de serem agredidas e manifestarem problemas emocionais e comportamentais, envolvendo distúrbios de sono, hiperatividade e dificuldades de aprendizado (Groves et al., 1993; Ross, 1996; Ryan & King, 1997 e Ellsberg et al., 2000). Desse modo, o impacto da VCM causado às crianças, representa para suas mães, uma dor maior que a própria violência vivida (Yoshihama & Mills, 2003). Assim, a violência engendradora nas relações de intimidade, além de prejudicar gravemente a saúde mental, física, sexual e reprodutiva da mulher, pode, também, afetar aqueles que estão sob seus cuidados diretos ou indiretos.

É na busca de ajuda frente às agressões sofridas e, especialmente, por suas conseqüências, que um grande número de mulheres tem utilizado reiteradamente os serviços de saúde. Estudos mostram que mulheres que sofreram agressão física ou sexual na infância ou na vida adulta utilizam os serviços de saúde com maior freqüência do que as que não sofreram esse tipo de abuso (Felitti, 1998; Sansone et al., 1997). A escolha desses serviços parece ocorrer pela maior possibilidade de manter a privacidade da mulher e, de forma direta, atenderem, ao menos, aos danos inscritos no plano biológico (McWilliams & McKiernan, 1993; Stark & Flitcraft, 1996). Os serviços de saúde compõem, então, um dos recursos disponíveis para as mulheres em situação de violência.

1.4.1 Atenção dos Serviços de Saúde à Violência de Gênero

Órgãos de referência mundial, no campo da saúde, têm se preocupado com a questão à medida que a violência de gênero, deflagrada no ambiente privado, passa a ser reconhecida também na esfera pública, como um fator de risco e causa de agravos à saúde da mulher e da criança, assim como uma violação dos direitos humanos.

Essa problemática tem sido incluída nas propostas de planejamento e intervenção em saúde (Gelles, 2000; Saltzman et al., 2000). Por conseguinte, o entendimento da violência de gênero e a importância de uma abordagem apropriada às mulheres com história prévia ou atual de violência, têm se tornado competências, também, dos profissionais de saúde (Watts & Zimmerman, 2002). Nessa dimensão, são incentivadas, pela OMS, a elaboração e implementação de protocolos integrados a treinamentos específicos de profissionais de saúde (Krug et al., 2002).

Nesse mesmo sentido, a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2001), reconhecendo a violência de gênero como um tema prioritário no campo da atenção à saúde, cria o “Programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento”, estimulando o setor a desenvolver estratégias para a detecção e manejo da violência doméstica contra a mulher.

Ainda, de acordo com o órgão, as iniciativas de atendimento, na área da saúde, frente às mulheres em situação de violência, devem apresentar alguns aspectos essenciais:

- a) estímulo à detecção e acolhimento dos casos;
- b) obtenção de registro detalhado, que possa ser utilizado em caso de processos judiciais e investigações, além de garantir um cuidado continuado ao problema;
- c) valorização do relato da mulher e postura ética e de não julgamento;
- d) encaminhamento adequado;
- e) valorização da segurança pessoal da mulher;
- f) ações de prevenção e promoção da saúde;
- g) estímulo à introdução do tema no currículo dos profissionais de saúde.

Entretanto, os índices de identificação e de intervenção, pelos profissionais de saúde, frente aos casos de violência de gênero, ainda se mostram insuficientes, tornando difícil a implementação de normas e protocolos direcionados à questão (Sugg et al., 1999; Salber & McCaw, 2000; Waalen et al., 2000).

Alguns fatores “complicadores” podem ser identificados na relação entre vítimas do abuso e profissionais de saúde, traduzindo-se, não raramente, em silêncios e invisibilidade (Sugg & Inui, 1992; Angulo-Tuesta, 1997; Schraiber & d'Oliveira, 1999a; Sugg et al., 2000; Henderson, 2001 e Kiss, 2004).

Primeiramente, quanto às mulheres vítimas de violência, especialmente em seu círculo de intimidade, há a sub-informação, isto é, elas não relatam aos profissionais o agravo sofrido (Schraiber e d'Oliveira,

2003). Para a OMS (2000), fatores como medo do agressor, vergonha social, dependência econômica, impunidade, carência de serviços especializados e o não reconhecimento da situação vivida como violenta fortalecem tal postura. Em estudo sobre a violência contra a mulher, em uma unidade de atenção primária à saúde, Schraiber et al. (2003) encontraram que apenas 55,0% daquelas que referiram agressão física e/ou sexual perceberam o vivido como violento.

Em segundo lugar, os profissionais de saúde possuem uma grande dificuldade na abordagem desse tema. Tem-se o sub-registro, ou seja, mesmo quando há a revelação do abuso vivido pela cliente, o profissional, comumente, não registra a informação no prontuário. Ainda que se registre a violência, as ações imediatas e subseqüentes de suporte ficam comprometidas, sendo dificilmente deflagradas pelos profissionais de saúde (Schraiber et al., 2000; Schraiber et al., 2003).

Em São Paulo, um estudo realizado em serviço de atenção primária revelou que 57,0% das mulheres atendidas reportaram algum episódio de violência física na vida; contudo, apenas 10,0% dos casos estavam devidamente registrados em prontuário (Schraiber & d'Oliveira, 1999b).

Alguns estudos propõem, inclusive, o uso de entrevistas direcionadas à detecção da VCM, também denominadas “screening”, podendo ser de uso rotineiro, para todas as mulheres que buscam os serviços de saúde (Parsons et al., 1995; Salber & McCaw, 2000; Sugg et al., 2000; Schraiber et al., 2000; Ramsay et al., 2002; Gutmanis, 2007). Entretanto, não há consenso sobre qual a melhor forma de se realizar tal rastreamento

(rotineiramente ou não), nem tampouco quanto ao profissional nuclear e mais adequado para o trabalho com o tema. Também não há respostas para a melhor forma da supervisão e apoio desse profissional no trabalho e, nem mesmo, para a forma mais adequada de inserção do tema na formação dos profissionais de saúde.

Além disso, Penna et al. (2004) pontuam que a inclusão do tema *violência contra a mulher* ou *mulheres em situação de violência*, ainda, representa uma “incômoda novidade” a profissionais de saúde, provavelmente porque extrapola os saberes hegemônicos desse campo, devido ao forte caráter social dessa problemática.

Logo, os agravos tendem a ser tratados de uma forma reduzida, sendo “medicalizados” pelos serviços de saúde, isto é, são abordados como questões do plano biológico e/ou psicológico, exclusivamente. Os profissionais tratam sinais e sintomas como a dor, os hematomas, os problemas sexuais e reprodutivos, a ansiedade, depressão e outros (Campbell, 1994), dissociando sua análise e conduta dos contextos familiar e social do indivíduo, para os quais não possuem instrumentos sistemáticos de atuação. Verifica-se que esse tipo de intervenção, além de não reduzir a violência, também acaba por reiterar uma busca contínua das mulheres pelos serviços de saúde (Schraiber & d'Oliveira, 1999a).

Especialmente entre médicos e enfermeiros, certos fatores parecem interferir na identificação, tratamento e direcionamento adequados das vítimas de abuso, configurando o pano de fundo para o sub-registro dos casos e a dificuldade de intervenção. Em estudos brasileiros, destacam-se: a

carência de capacitação sobre o assunto e um conhecimento insuficiente sobre o tema, o medo de ofender as clientes por se tratar de um assunto tão particular e de difícil abordagem, a escassa disponibilidade de tempo para abordagem de uma questão tão complexa e a sensação de impotência frente à carência de recursos e de serviços de referência (Angulo-Tuesta, 1997; Kiss, 2004). A literatura internacional, além desses fatores citados, também salienta a importância de se analisar as experiências próprias de violência inscritas no contexto privado dos profissionais de saúde (Warshaw, 1989; Sugg & Inui, 1992; Sugg et al., 2000; Henderson, 2001; Ramsay et al., 2002 e Schoening et al., 2004).

A vivência de violência por profissionais de saúde é ainda pouco estudada e visibilizada em nossa sociedade, o que parece expressar o quanto tais profissionais são considerados “imunes” à sua condição de gênero. Importa-se nesse trabalho, especificamente, com esse último fator: a vivência pessoal de violência de gênero entre enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem.

1.5 Profissionais de Enfermagem como um grupo especial de mulheres frente à violência de gênero

1.5.1 Profissionais de enfermagem como cuidadoras de mulheres em situação de violência

A Enfermagem é uma profissão notadamente feminina, pautada, prioritariamente, no cuidado do outro. Historicamente, a Enfermagem, até o século XVIII, nortear-se, predominantemente, por um Modelo Religioso no

qual as mulheres utilizavam como únicos instrumentos, que lhes eram atribuídos como próprios, os sentimentos humanitários de caridade, docilidade, afeto, disponibilidade e dedicação (Lunardi, 1993).

O caráter feminino dessa profissão parece ter sido um fator importante para a inclusão de um contingente expressivo de mulheres no mercado de trabalho, na busca por uma maior autonomia financeira. Ainda hoje a Enfermagem se destaca pela presença maciça de profissionais do sexo feminino, com um percentual de, aproximadamente, 75% (Oliveira & Bandeira, 1998; Spindola et al., 2000; Donoso, 2000; Bison, 2003).

Tanto pelo maior contingente feminino quanto por ser uma profissão voltada para o cuidado, a enfermagem é percebida, muitas vezes, como o primeiro contato das vítimas de violência dentro dos serviços de saúde, seja na abordagem domiciliar, no atendimento em clínicas, ou em departamentos de emergência. Estão de forma geral, em todos os níveis de atenção, realizando, freqüentemente, o acolhimento e encaminhamento do indivíduo nos serviços de saúde. Nesse sentido, alguns estudos apontam a estratégica posição desses profissionais na abordagem de mulheres em situação de violência (Davidhizar & Newman-Giger, 1996; Fonseca, 1996; Schraiber et al., 2000 e Schoening et al., 2004).

Acresce-se também o fato de que a procura da mulher pelo serviço de saúde, seja para consultas pessoais de rotina ou urgência, como o exame ginecológico, o atendimento pré-natal, o nascimento de seus filhos; como também para o cuidado de saúde de suas crianças e outros familiares pode estreitar os vínculos com a enfermagem do serviço local. Além disso, como

já visto, há um uso aumentado dos serviços de saúde pelas mulheres em situação de violência, tornando-os locais especiais para que as profissionais de enfermagem acessem informações mais delicadas, contribuindo para o direcionamento de ações e mobilização de recursos necessários à superação da violência (Paluzzi & Houde-Quimby, 1996; Ryan & King, 1997; Sugg et al., 1999; Campbell & Walton-Moss, 2002).

Mas como pensar o cuidado prestado pelas profissionais de enfermagem a mulheres em situação atual ou passada de violência quando elas, também mulheres, podem vivenciar ou ter vivenciado abusos de mesma natureza em seu cotidiano privado, ou seja, no campo de suas relações de intimidade?

1.5.2 Profissionais de enfermagem em situação de violência de gênero

As experiências pessoais de violência de gênero vêm sendo apontadas como aspecto relevante na relação estabelecida entre profissionais de enfermagem e vítimas desse tipo de abuso (Henderson, 2001; Schoening et al., 2004). Nesse sentido, alguns estudos têm alertado para a importância de se visibilizar tais experiências, justamente por se tratar de uma profissão com um expressivo contingente feminino e voltada ao cuidado de outras pessoas.

Serão apresentados os resultados daqueles estudos aos quais se teve acesso, e que pretenderam dar maior visibilidade às experiências de violência vividas por profissionais de enfermagem. As três primeiras pesquisas tratam da ocorrência de violência nas relações de intimidade e o último estudo aponta, também, a possível influência de tais experiências sobre os cuidados de enfermagem prestados a pacientes vítimas dessa mesma problemática.

Janssen et al. (1998), em estudo sobre a prevalência de violência por parceiros íntimos, com uma amostra de 198 enfermeiras obstetrizas, de um hospital canadense, evidenciaram taxas importantes de violência. Nesse estudo, 26,9% reportaram violência psicológica, 14,6% violência física e 8,1% referiram violência sexual. O instrumento utilizado pelos pesquisadores foi inspirado no AAS.

Díaz-Olavarrieta et al. (2001), em estudo sobre a prevalência de abuso por parceiro íntimo, pesquisaram 1150 profissionais de enfermagem da área hospitalar do México. A amostra foi composta por 283 enfermeiras

(24,6%) e 867 auxiliares e técnicas de enfermagem (75,4%). Os autores detectaram 40,0% de violência psicológica e 14,0% (164) de VFS, sendo 18,0% (50) para enfermeiras e 13,0% (114) para auxiliares e técnicas de enfermagem. Utilizou-se, nesse trabalho, instrumento similar ao da OMS (García-Moreno, 2006).

Kim & Motsei (2002), em estudo qualitativo, entrevistaram 44 enfermeiros de atenção primária à saúde, de uma região rural da África do Sul, sobre atitudes e experiências de violência de gênero, por meio de grupos focais. Ao descrever o abuso físico, enfermeiros utilizaram termos como “disciplina” e “punição” e o abuso sexual foi percebido somente em casos de estupro por estranho, embora, durante o estudo, a questão da violência sexual pelo marido, companheiro ou parceiro tivesse sido amplamente discutida. As mulheres descreveram violência de gênero em termos de abuso psicológico e emocional, referindo situações cotidianas nas quais os homens as insultam ou depreciam. A análise mostrou que, das 36 enfermeiras, 25 têm vivenciado alguma forma de violência por seu parceiro íntimo, sendo 10 respostas positivas para a violência física, 11 para a violência sexual e 24 para a violência psicológica. Entre os 8 enfermeiros do sexo masculino, seis admitiram ter sido agressivos com suas parceiras, sendo quatro respostas positivas para a violência física, três para a violência sexual e 6 para a violência psicológica.

Christofides & Silo (2005), em estudo realizado na África do Sul, com 212 enfermeiras, identificaram 39,0% de violência física e/ou psicológica entre as profissionais, no âmbito da violência doméstica. Encontrou-se

associação entre a vivência pessoal de algum tipo de agressão física ou psicológica com a escolha de um melhor planejamento de cuidados de enfermagem a pacientes, vítimas de VFS. Para as questões de violência, os autores inspiraram-se em instrumento da OMS (García-Moreno, 2006).

Embora sejam poucos, os estudos acerca desse recorte específico evidenciam que o contato de profissionais de enfermagem com a violência de gênero não se restringe à esfera da prestação de cuidados apenas, mas também se mostra presente nas experiências mais íntimas de vida. Ainda, a vivência de situações violentas no cotidiano privado, além dos prejuízos à própria saúde, também pode interferir na prática profissional cotidiana.

Esse quadro torna-se mais preocupante ainda, à medida que profissionais de saúde são convocados a lidar com a situação, elaborando e implementando protocolos de atenção às vítimas de violência e, não raro, vêm-se em meio à mesma situação. É provável, portanto, que tais profissionais apresentem necessidades especiais a serem consideradas, até pelo fato de estarem, normalmente, mais na posição de prestar cuidados do que na de recebê-los.

As profissionais de enfermagem parecem, então, constituir um grupo especial de mulheres que ocupam posições importantes diante da violência de gênero, primeiramente como mulheres e, portanto, passíveis de vivenciarem esse tipo de agressão e, também, como profissionais do cuidado, assistindo pacientes vítimas de uma violência de mesma natureza.

Como um estudo inicial acerca do tema, pretende-se, aqui, estimar a frequência e caracterizar as experiências de violência de gênero vivenciadas

pelas profissionais de enfermagem como uma primeira aproximação do tema. Posteriormente, novos estudos poderão debruçar-se sobre a complexa conexão entre a experiência pessoal de violência de gênero e a detecção e manejo de casos dessa natureza no âmbito profissional, considerando-se também as condições do próprio trabalho, de supervisão e treinamento dessas profissionais.

Objetivos

2 OBJETIVOS

- a) Caracterizar o perfil sócio-demográfico, de situação profissional e de conjugalidade do grupo estudado.
- b) Estimar a ocorrência de violência de gênero em termos de suas formas física, sexual e psicológica.
- c) Identificar os agressores da violência relatada em termos de sua relação com a profissional de enfermagem.
- d) Estimar época de ocorrência e sobreposições da violência nas relações de intimidade e por outros agressores.
- e) Estimar a frequência de busca de ajuda e os recursos procurados pelas profissionais que referiram algum episódio de agressão.
- f) Analisar as diferenças entre as enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem quanto às agressões reportadas.
- g) Estimar a percepção dos atos vividos como violência.
- h) Estimar a agressão física perpetrada pela entrevistada.

Materiais e Métodos

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, com base em dados primários. De um modo geral, a aplicação mais comum desse tipo de estudo relaciona-se à necessidade de se conhecer de que maneira certas características individuais ou coletivas distribuem-se em uma determinada população, em um determinado período de tempo (Medronho, 2004).

Dessa forma, este estudo propôs-se a descrever os episódios de violência de gênero entre trabalhadoras de enfermagem de um hospital geral do município de São Paulo (SP) no período de 2005 a 2006, caracterizando-os.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em um hospital geral do município de São Paulo, escolhido pelas pesquisadoras por apresentar uma equipe de enfermagem bem estruturada, destacando-se o serviço de supervisão nesse hospital. Esse aspecto mostrou-se muito relevante, uma vez que a pesquisa trata de um tema complexo, sensível e delicado, do qual podem advir necessidades de suporte (Angulo-Tuesta, 1997; Schraiber et al., 2003).

Fizeram parte do estudo todos os setores de atenção à saúde da instituição, nos quais havia atuação assistencial de enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem, perfazendo 14 setores: Pronto socorro adulto; Pronto socorro infantil; Hemodiálise; Ambulatório; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e neonatal; UTI adulto; Centro cirúrgico; Centro

obstétrico; Alojamento conjunto; Berçário; Pediatria; Clínica médica; Clínica cirúrgica; e Hospital dia.

3.3 População sob estudo

A população estudada constituiu-se de profissionais de enfermagem do sexo feminino: enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. As profissionais deveriam estar devidamente registradas, atuantes na instituição hospitalar e possuírem atribuição assistencial em seu setor de trabalho. Não foram elegíveis para o estudo: uma enfermeira e vinte e quatro auxiliares/técnicas de enfermagem por estarem de licença médica por mais de 15 dias, concomitantemente ao período de seleção da amostra, pois, nesses casos, não havia data prevista para retorno ao trabalho.

3.4 Planejamento amostral

3.4.1 Dimensionamento da amostra

Para o dimensionamento da amostra, foram obtidas as escalas das profissionais de enfermagem dos turnos matutino, vespertino e noturno, referentes ao mês de setembro de 2005. Para tanto, realizou-se uma reunião prévia com a direção do Departamento de Enfermagem e uma reunião posterior com os enfermeiros supervisores da instituição em questão, a fim de apresentar e justificar a proposta do estudo e solicitar-lhes colaboração na condução e potenciais desdobramentos da pesquisa.

Com uma população de 499 trabalhadoras de enfermagem, que preenchiam os critérios do estudo, sendo 138 enfermeiras e 361 auxiliares e

técnicas de enfermagem, procedeu-se ao cálculo amostral, utilizando-se a seguinte fórmula para prevalência em populações finitas (Gil, 1999:106):

$$n = \sigma^2 pqN / e^2 (N-1) + \sigma^2 pq$$

A partir da qual, lê-se:

n (tamanho da amostra)

N (tamanho da população)

σ^2 (nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios-padrão)

p (estimativa de prevalência)

q (percentagem complementar a p)

e (erro máximo permitido)

Dentre as estimativas de prevalência conhecidas havia, primeiramente, a porcentagem de 18,0%, representando a taxa mais elevada de VFS por parceiros íntimos contra trabalhadoras de enfermagem, especificamente, entre enfermeiras mexicanas (Díaz-Olavarrieta et al., 2001). Também, foi verificada uma prevalência de 20,5% de VFS em estudo brasileiro, de base populacional, entre mulheres paulistas, com 11 ou mais anos de estudo (Schraiber e d'Oliveira, 2002a).

Optou-se pela estimativa de prevalência de 18,0%, por se tratar de profissionais mais escolarizadas que a média das mulheres paulistas (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2004). Obteve-se, portanto, uma percentagem complementar de 82,0% e considerou-se um nível de confiança de 95,0%, com um erro máximo permitido igual a 5,0%. Logo, os

componentes do cálculo amostral foram:

$$N = 499$$

$$\sigma^2 = 1,96$$

$$p = 18,0\%$$

$$q = 82,0\%$$

$$e = 0,05$$

Constituiu-se, então, uma amostra de 156 trabalhadoras de enfermagem que, quando acrescida em 20,0% para suprir eventuais perdas, totalizou 187 mulheres. Assim, a amostra acabou por contemplar, também, o cálculo amostral baseado em estudo populacional de Schraiber e d'Oliveira (2002a), entre mulheres com escolaridade semelhante, cuja prevalência de VFS foi de 20,5%, o que equivaleria a uma amostra de 168 mulheres.

3.4.2 Procedimento amostral

Foi adotado o procedimento de amostragem aleatória estratificada proporcional, com seleção aleatória para os dois estratos escolhidos: um primeiro para as enfermeiras e um segundo para as auxiliares/técnicas de enfermagem. As profissionais foram agrupadas nesses dois estratos a fim de se obter uma amostra o mais proporcional possível às categorias profissionais, garantindo a representatividade da população em estudo.

Assim, com as escalas de trabalho do mês de setembro de 2005 em mãos, dispostas de forma aleatória, foram numerados os dois estratos, cada um com uma seqüência numérica crescente, sendo de um a 138 para as profissionais graduadas e de um a 361 para as auxiliares e técnicas de

enfermagem. Com o auxílio do software Epi-info, versão 6.0, foram sorteados, aleatoriamente, 53 números correspondentes às enfermeiras e 134 correspondentes às auxiliares e técnicas de enfermagem.

3.5 Instrumento da pesquisa

O instrumento de coleta de dados utilizado incluiu 67 questões sobre variáveis sociodemográficas, situação profissional, conjugalidade e parceria íntima (afetivo-sexual), características do relacionamento (afetivo-sexual), episódios de violência e questões sobre o reconhecimento e conduta frente a casos de violência de gênero na prática assistencial (Anexo 1). Desses seis blocos de questões, foram analisados, neste estudo, os cinco primeiros. Algumas perguntas foram codificadas após a aplicação do instrumento.

Para a revelação da violência sexual na infância, de difícil relato, adicionou-se uma cédula de auto-preenchimento e anônima (Anexo 2) ao questionário, a fim de facilitar a revelação deste episódio, assim como sugere Jansen (2005).

Para parte do questionário, especificamente para os episódios de violência, tomou-se por referência o instrumento utilizado pelo “*Multi-country study on women’s health and domestic violence against women*” (WHO, 2005; García-Moreno et al., 2006). Organizado pela OMS, esse estudo foi realizado em 10 países e, como já citado, foi coordenado, no Brasil, pelas docentes do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, Dra. Lilia Blima Schraiber e Dra. Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira, que permitiram o uso do instrumento na presente pesquisa. Tal instrumento foi desenvolvido

originalmente na língua inglesa, com a participação das equipes de pesquisadores dos diversos países. As questões foram traduzidas para o português e re-traduzidas para o inglês, com conferência da própria equipe de coordenação da OMS (García-Moreno et al., 2006). Foram, ainda, adaptadas à cultura nacional, através de grupos focais e entrevistas, sendo pré-testadas quanto à clareza e facilidade de aplicação (Schraiber et al., 2007b).

A medida da violência no presente estudo, portanto, foi mantida exatamente a mesma da pesquisa supracitada, possibilitando a comparação dos dados, inclusive, com outros estudos nacionais e internacionais, que também utilizaram o mesmo instrumento.

Nas questões sobre as agressões vividas, houve a preocupação de não citar o termo “violência”, por se tratar de um termo polissêmico, isto é, com diferentes sentidos a depender do contexto sócio-histórico-cultural (Schraiber & d’Oliveira, 1999a). Empregaram-se, portanto, termos referentes a atos praticados, sendo menos suscetíveis a interpretações subjetivas, contribuindo, assim, para taxas menores de sub-informação.

3.5.1 Variáveis do estudo

a) *Variáveis sociodemográficas*

Idade: em anos completos de vida, posteriormente categorizada nos intervalos de 20 -29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos.

Cor da pele: auto-referida, elaborada segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000). Categorizada em branca,

preta (negra), amarela (japonesa ou chinesa), parda (mulata ou mestiça), (vermelha) indígena e outras.

Naturalidade: local, unidade federativa de origem e se a cidade pertencia à área rural ou urbana. Posteriormente, a unidade federativa foi reagrupada nas grandes regiões brasileiras: Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-oeste e Sul.

Tempo de permanência em São Paulo: categorizada em anos completos.

Prática religiosa: auto-referida. Categorizada em católica, judaica, muçulmana, evangélica histórica, evangélica, pentecostal, espírita kardecista, umbanda, candomblé, outras e sem prática religiosa. Posteriormente, foram reordenadas em católicas, evangélicas, espíritas Kardecistas, sem prática religiosa e outras.

Condições de moradia: essa variável refere-se às condições de posse sobre o local onde a profissional de enfermagem reside, sendo categorizada em imóvel próprio, alugado, cedido, reside no emprego e outros.

Escolaridade: essa variável foi indagada em anos completos de estudo e categorizada em ensino: fundamental completo - EFC e médio incompleto - EMI (oito a 10 anos), médio completo - EMC (11 anos), superior incompleto – ESI (12 a 14 anos) e superior completo - ESC (mais de 15 anos de estudo).

Nomeação do chefe de família: categorizada em: ela mesma, seu companheiro/marido, ambos e outros. Optou-se por categorizar dessa forma

para apreender a percepção da entrevistada quanto à sua posição econômica no ambiente doméstico.

Estrato socioeconômico: empregou-se o critério de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2000). Trata-se de um sistema de classificação baseado na pontuação resultante da soma do nível de instrução do chefe de família e da posse de bens de consumo duráveis (automóvel, eletro-eletrônicos e eletrodomésticos em geral), quantidade de banheiros existentes no domicílio e uso de serviços de empregada doméstica mensalista. Assim, o nível socioeconômico é classificado em cinco estratos A, B, C, D e E.

A escolaridade foi expressa da seguinte forma: analfabetismo ou primário incompleto (menos de quatro anos de estudo), primário completo e ginásial incompleto (quatro a sete anos de estudo), ginásial completo e colegial incompleto (oito a 10 anos de estudo), colegial completo e superior incompleto (11 a 13 anos de estudo) e superior completo (mais de 14 anos de estudo).

A pontuação referente ao grau de instrução e à posse de bens seguem nos quadros 2, 3 e 4 abaixo:

Quadro 2 - Grau de Instrução do Chefe da Família, segundo ABEP (2000)

Grau de Instrução do Chefe da Família (anos de estudo)	Pontuação
< 4 anos	0
4 – 7 anos	1
8 – 10 anos	2
11 – 13 anos	3
14 > (superior)	5

FONTE: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Quadro 3 - Itens e Serviços disponíveis no domicílio, segundo ABEP (2000)

Quantidade de Itens e Serviços disponíveis no domicílio	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar roupa	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (isolado ou em geladeira duplex)	0	1	1	1	1

FONTE: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Quadro 4 - Estratos sociais (classes) equivalentes à pontuação obtida, segundo ABEP (2000)

Classes	Pontuação
Classe A1	30-34
Classe A2	25-29
Classe B1	21-24
Classe B2	17-20
Classe C	11-16
Classe D	6-10
Classe E	0 a 5

FONTE: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

A escolaridade do chefe de família a ser considerada nesse estudo foi correspondente à nomeação dada pela entrevistada, salientando-se que, quando escolhida a opção “ela e o companheiro”, considerou-se a maior escolaridade e, quando nomeado “outro” como chefe da família, considerou-se a escolaridade da própria entrevistada. Em nosso estudo, as classes A1 e A2 foram agrupadas na classe A (25 a 34 pontos).

b) *Variáveis de situação profissional*

Categoria profissional: categorizada em enfermeira, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem, acrescentando-se, posteriormente, a categoria atendente de enfermagem, por verificar a existência de uma profissional, dessa categoria, durante a coleta de dados.

Jornada de trabalho: categorizada em regime diário e regime plantonista que correspondem, respectivamente, a uma jornada de 36 ou 40 horas semanais e jornadas de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, normalmente estabelecidas para o trabalho noturno.

Turno de trabalho: categorizada em matutino, vespertino, noturno, diurno (matutino e vespertino) e misto (diurno e noturno). Posteriormente, foi reduzido às três primeiras categorias.

Tempo de atuação na área de enfermagem: categorizado em anos completos e, posteriormente, em intervalos de 1 a 4 anos, 5 a 10 anos, 11 a 19 anos e 20 a 31 anos.

c) *Variáveis sobre conjugalidade e parceiro íntimo*

Situação marital: categorizada em atualmente casada (união oficial); amigada/amasiada (união consensual); tem um parceiro (a)/namorado (a), mantendo relação sexual, mas não vivem juntos; tem um parceiro (a) / namorado (a), sem relação sexual; não está casada, nem vivendo com alguém, nem namorando; não está casada, nem vivendo com alguém, nem namorando, mas mantém relacionamentos esporádicos, com relação sexual. Posteriormente essas categorias foram agrupadas em parceria afetivo/sexual coabitando com companheiro/cônjuge, parceria afetivo/sexual sem coabitação, parceria exclusivamente afetiva e, não possui parceria afetivo-sexual no momento.

Número de relacionamentos envolvendo coabitação ou número de vezes que morou com algum parceiro íntimo: Para as mulheres que referiram estar com um parceiro (a) sem relação sexual e para aquelas que não estavam casadas, nem vivendo com alguém, nem namorando considerou-se o parceiro íntimo imediatamente anterior. Apenas uma profissional referiu nunca ter tido algum parceiro na vida, e, portanto, não foi indagada sobre as questões de parceria íntima; o que também ocorreu para uma entrevistada que referiu apenas relacionamento exclusivamente afetivo, na vida.

Tempo de relacionamento com atual ou último parceiro: categorizada em anos completos e, posteriormente, em intervalos de 1 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 38 anos.

Idade do companheiro: categorizada em anos completos,

posteriormente agrupados em intervalos de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e mais de 60 anos.

Escolaridade do parceiro: categorizada em anos completos de estudo, sendo posteriormente agrupada em ensino fundamental incompleto – EFI (0 a 7 anos), fundamental completo – EFC e médio incompleto - EMI (8 a 10 anos), médio completo – EMC (11 anos), superior incompleto - ESI (12 a 14 anos) e superior completo - ESC (mais de 15 anos de estudo).

Ocupação do companheiro: categorizada em trabalhador regular e sistemático; trabalhador regular e sistemático na área da saúde; trabalhador regular e sistemático na área policial/vigia/segurança; trabalhador esporádico; trabalhador esporádico na área policial/vigia/segurança; aposentado; do lar; desempregado; estudante e outra.

d) *Variáveis sobre o relacionamento (afetivo-sexual)*

Comunicação entre a entrevistada e seu parceiro íntimo: resposta múltipla, categorizada em sim ou não para as seguintes questões: conversam sobre coisas que acontecem com ele e com ela no dia-a-dia; conversam sobre as preocupações e sentimentos dele e conversam sobre as preocupações e sentimentos dela. Foi realizado um “score”, no qual a ausência de diálogo sobre todos os assuntos indagados foi denominada *má comunicação*, o diálogo de um até três dos assuntos questionados foi identificado como *comunicação regular*, enquanto que o diálogo sobre todos os quatro tópicos foi classificado de *boa comunicação*.

Frequência de brigas: variável categorizada em raramente, algumas vezes e freqüentemente.

Comportamentos controladores: bloco de questões sobre atitudes controladoras do parceiro íntimo para com a entrevistada. Categorizada em: procura restringir o seu contato com sua família? / Tenta evitar que você visite ou veja seus amigos? / Insiste em saber onde você está o tempo todo? / Ignora você ou a trata com indiferença? / Fica zangado se você conversa com outro homem? Está freqüentemente suspeitando que você seja infiel? Espera que você peça permissão para procurar um serviço de saúde? Todas, por sua vez, categorizadas em sim e não. Posteriormente, foram re-categorizadas em nenhum tipo de comportamento controlador, um tipo, de dois a três tipos e quatro ou mais comportamentos controladores.

e) Variáveis sobre violência

As questões sobre violência de gênero foram subdivididas em dois grandes grupos: violência por parceiro íntimo (VPI) e violência por outros, sendo esse último grupo desagregado, posteriormente, em familiares e outros agressores. A natureza da violência, seja psicológica, física ou sexual será expressa, ao longo desse trabalho, também sob o termo “forma” ou “tipo” e as ações que compõem internamente cada forma de violência serão denominadas “atos” ou “expressões de violência”.

Considerou-se violência, pelo menos, uma afirmativa frente aos atos concretos de violência psicológica, física ou sexual argüidas neste instrumento, sejam relativas à parceria íntima, relações familiares e outras.

Cada episódio foi explorado em termos de sua época da ocorrência (antes ou após os últimos 12 meses) e número de vezes que ocorreu (uma, poucas ou muitas vezes), também denominado, neste trabalho, *repetitividade* dos episódios.

e.1) *Violência por parceiros íntimos*

Violência psicológica: caracterizada pelas seguintes perguntas: se alguma vez na vida algum companheiro/marido ou namorado já havia: insultado ou feito com que ela se sentisse mal a respeito de si mesma; depreciado publicamente; assustado ou intimidado de propósito e ameaçou machucá-la ou alguém que ela gostasse.

Violência física: caracterizada pelas seguintes perguntas: se alguma vez na vida algum companheiro/marido ou namorado já havia dado tapas nela ou jogado algo que pudesse machucá-la; a empurrado ou dado um tranco/chacoalhão; machucado ela com um soco ou algum objeto; chutado, arrastado ou surrado ela; a estrangulado ou a queimado de propósito; ameaçado ou usado, de fato, uma arma de fogo contra ela.

Violência sexual: caracterizada pelas seguintes perguntas: se alguma vez na vida algum companheiro/marido ou namorado já havia forçado fisicamente uma relação sexual quando ela não queria; forçado prática sexual degradante ou humilhante na concepção dela e se ela já havia se submetido a alguma relação sexual porque tinha medo do que seu parceiro pudesse fazer.

Busca por algum tipo de ajuda: categorizada em sim e não, se sim, pergunta-se sobre:

Relato da experiência de busca de ajuda: categorizada a partir da leitura das questões abertas.

Se não buscou nenhum tipo de ajuda, perguntou-se:

Gostaria de ter procurado algum tipo de ajuda frente à situação vivida: categorizada em sim e não e se sim:

Qual tipo de ajuda você gostaria de ter procurado e o que a impediu de procurar: categorizada a partir da leitura das questões abertas.

Ainda em relação à violência sofrida pelo parceiro íntimo, indagou-se:

Relato da experiência de violência a mais alguém (além da entrevistadora): categorizada em sim e não, e se sim, com quem conversou.

e.2) Violência por outros

Aqui foi abordada a violência por outros agressores que não o parceiro íntimo, desdobrada, posteriormente em violência por familiares e violência por outros agressores. O primeiro grupo foi composto pelos agressores na dimensão da família: mãe/mãe adotiva, pai/pai adotivo, filho, filha, irmão, irmã e outros familiares. O segundo grupo contemplou os agressores conhecidos das vítimas, colegas de trabalho, pacientes, estranhos e outros. As questões foram caracterizadas de forma semelhante à violência por parceiros íntimos, isto é, quanto à época, repetitividade e também quanto à idade e agressor.

Segue-se a caracterização da violência psicológica, física e sexual, respectivamente:

Se alguma outra pessoa, alguma vez na vida, já a tinha insultado, depreciado ou humilhado ou, se já tinha feito com que ela se sentisse mal: categorizada em sim e não.

Se alguma outra pessoa, alguma vez na vida, já a tinha agredido fisicamente como: tapas, chutes ou a machucado de alguma outra forma: categorizada em sim e não.

Se alguma outra pessoa, alguma vez na vida, já a tinha forçado a alguma prática sexual: categorizada em sim e não.

As repostas afirmativas caracterizavam a existência do agravo, perguntando-se a partir de então:

Relação da vítima com o agressor: categorizada em:

- mãe/mãe adotiva
- pai/pai adotivo
- filho
- filha
- irmão
- irmã
- outros familiares
- namorado (sem relação sexual)
- vizinhos
- colega de trabalho (homem) médico
- colega de trabalho (homem) não médico
- colega de trabalho (mulher) enfermeira
- colega de trabalho (mulher) não enfermeira
- chefe (homem) médico
- chefe (homem) não médico

- chefe (mulher) enfermeira
- chefe (mulher) não enfermeira
- estranho
- outros

Idade quando o episódio aconteceu: categorizada em menos que 12 anos, de 12 a 15 anos, de 16 a 18 anos e mais que 19 anos.

Frequência dos episódios: categorizada em uma, poucas e muitas.

Se a agressão ocorreu nos últimos 12 meses: categorizada em sim e não.

Busca por algum tipo de ajuda: categorizada em sim e não; se sim, pergunta-se:

Relato da experiência de busca de ajuda: categorizada a partir da leitura das questões abertas.

Se não buscou nenhum tipo de ajuda, perguntou-se:

Gostaria de ter procurado algum tipo de ajuda frente à situação vivida: categorizada em sim e não e se sim:

Qual tipo de ajuda você gostaria de ter procurado e o que a impediu de procurar: categorizada a partir da leitura das questões abertas.

Relato de mais alguma experiência de violência vivenciada pela entrevistada e que não tenha sido abordada pelas questões anteriores: categorizada a partir da leitura das questões abertas.

Percepção de ter sofrido violência na vida: categorizada em sim e não. Questão realizada antes e depois das perguntas referentes às agressões propriamente ditas, objetivando medir o quanto as entrevistadas

nomeiam os episódios de agressão, por elas vividos, como violência e se há mudança dessa percepção.

Sentimento de medo em relação a alguém próximo: categorizada em sim e não.

Se sim: categorizada em marido/namorado (a), filhos, ex-marido/ex-namorado (a), mãe/mãe adotiva, pai/pai adotivo, irmão (s), irmã (s), vizinhos e outros.

Ter agredido alguém fisicamente: categorizada em sim e não.

Se sim:

Quem foi agredido: categorizada em marido/namorado (a), filhos, ex-marido/ex-namorado (a), mãe/mãe adotiva, pai/pai adotivo, irmão (s), irmã (s), outros familiares, vizinhos, amigo (a) de trabalho/escola e outros.

Motivo da agressão: categorizada a partir da leitura das questões abertas.

Vivência ou lembranças de situações de agressão entre seus pais: categorizada em sim e não.

Experiência próxima de violência entre colegas de enfermagem que tenham vivido violência nas relações de intimidade: categorizadas em sim e não.

3.6 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto nos setores de exames de diagnóstico, com 10% (n=18) da amostra calculada a fim de verificar previamente possíveis falhas no instrumento, o tempo gasto em sua aplicação e, especialmente, a forma de maior sensibilidade para a revelação da violência vivida.

Em se tratando de experiências pessoais de violência entre profissionais de saúde, acostumados muito mais a lidar de forma profissional com a questão do que trazer à tona a própria vivência e compartilhá-la com outras pessoas, decidiu-se testar duas formas de aplicação do instrumento a fim de possibilitar uma revelação o mais próxima possível da realidade. Na primeira maneira de aplicação, as questões sobre comportamentos controladores e violência foram preenchidas pela própria entrevistada, baseando-se na técnica de auto-preenchimento, já utilizada por Early & Williams (2002) e Díaz-Olavarrieta et al. (2001). Na segunda forma de se testar o questionário, todas as questões foram feitas por meio da técnica de entrevista face a face, empregada por outros estudos (Christofides & Silo, 2005).

Primeiramente, na forma auto-preenchida (n=09), obtiveram-se sete respostas positivas para violência psicológica, seis para violência física e quatro revelações de violência sexual por parceiros íntimos. Na violência cometida por outros agressores, foram identificados sete casos de violência psicológica (cinco desses atos perpetrados eram da esfera do trabalho) e três de violência física.

No questionário aplicado face a face (n=09), encontraram-se oito relatos de violência psicológica e quatro de violência sexual por parceiros íntimos. Na violência empreendida por outros agressores, foram identificados oito casos de violência psicológica (sete relacionados ao ambiente de trabalho), dois relatos de violência física e duas revelações de violência sexual.

Embora, não tenha sido percebida importante diferença de revelação entre as duas formas de entrevista, verificou-se que a técnica de auto-preenchimento apresentou alguns pontos negativos frente à entrevista face a face. A entrevista auto-preenchida demandou mais tempo, cerca de 60 a 90 minutos contra uma média de 40 minutos na técnica face a face e foi mais suscetível a erros.

Além disso, e mais importante, as entrevistadas foram inquiridas sobre sua experiência de entrevista e sua opinião acerca do que seria preferível para o relato de situações tão delicadas. Embora houvesse opiniões favoráveis às duas técnicas de entrevista, alguns relatos, advogando a técnica face a face, foram marcantes. Justamente, as mulheres vítimas de abuso sexual por seu parceiro íntimo e/ou por familiar ou estranho, valorizaram a conversa e a atenção despendida durante a entrevista:

“(...) você é a primeira pessoa para quem eu falo desse assunto. Acho que só conseguiria falar mesmo, desse jeito, olhando olho no olho, sabendo que alguém realmente se importa com o que aconteceu comigo “
(Técnica em Enfermagem).

“(...) acho que se fosse só preencher um questionário qualquer, não precisaria dizer a verdade, não veria muito sentido em escrever sobre coisas tão particulares se eu não posso conversar sobre elas” (Enfermeira).

Assim, optou-se pela técnica face a face, que mostrou neste estudo piloto:

- favorecer um melhor controle da entrevistadora quanto à qualidade das informações obtidas, reduzindo-se perdas de informação;
- possibilitar uma abordagem acolhedora, na qual fosse possível fornecer orientações de serviços, inclusive;
- ser mais compatível com a disponibilidade de tempo das entrevistadas e do serviço, durando, cerca de 30 a 45 minutos.

Entretanto, faz-se importante ressaltar que nenhuma técnica, no campo de estudo desse tipo de violência, garantirá uma total revelação das experiências vividas, já que o tema é complexo e sensível (Heise et al., 1999). Dessa maneira, a opção escolhida para a coleta dos dados pretendeu maximizar a revelação e reforçar os cuidados éticos importantes da pesquisa.

3.7 Trabalho de campo

A coleta de dados foi realizada pela mestranda, no período de dezembro de 2005 a janeiro de 2006, com o suporte de uma integrante do grupo de *Pesquisa e Intervenção em Violência e Gênero nas Práticas de Saúde* do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. Ambas as entrevistadoras foram capacitadas previamente para a aplicação dos questionários.

O estudo iniciou-se por um primeiro contato com o Departamento de Enfermagem, da instituição em questão, para apresentação da proposta de estudo. Posteriormente, já com o projeto aprovado pela CAPPesq (Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), o mesmo foi também encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Realizou-se uma segunda apresentação dos propósitos e justificativa do estudo aos supervisores e à direção de enfermagem.

Após a efetiva aprovação pelo CEP do serviço partiu-se para o reconhecimento do campo através de visitas a todos os setores do hospital. Foram xerocopiadas as escalas mensais de trabalho dos profissionais de enfermagem. Assim, houve uma familiarização com a rotina do serviço e também uma apresentação da pesquisadora aos enfermeiros supervisores de cada setor no sentido de otimizar o trabalho e interferir, o mínimo possível, nas rotinas do serviço. Esse reconhecimento foi registrado em *caderno de campo aberto*, especialmente para esse fim, e durou um período

de duas semanas, no qual também foram realizadas as 18 entrevistas do estudo piloto.

As entrevistas, sempre que possível, foram agendadas pessoalmente, prevendo-se já eventuais problemas acerca da localização e disponibilidade das profissionais. Ainda assim, muitas entrevistas necessitaram ser remarçadas. Em cada setor, foi destinada uma sala privativa, exclusiva, para a realização das entrevistas e solicitado que não houvesse interrupção dessas. Com a colaboração dos enfermeiros supervisores de cada setor, esse objetivo foi estritamente cumprido.

O caderno de campo foi utilizado até o término da realização das entrevistas, pois o estudo piloto demonstrou que, por vezes, as informações excedem àquelas previstas no instrumento de coleta. Nesse caderno, foram registrados observações do campo, recusas das profissionais e, muitas vezes, fortes relatos quanto às experiências vividas. Alguns desses relatos foram transcritos para o Estudo Piloto e outros foram escolhidos para ilustrar os dados numéricos dos tipos de violência, apresentados no Capítulo de Resultados.

3.8 Processamento e Análise dos dados

Os dados passaram por dupla digitação no programa FoxPro versão 2.6 a fim de verificar sua consistência e identificar possíveis erros de digitação, sendo transportados, então, para o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 13.0.

Procedeu-se a uma análise descritiva por meio de medidas de tendência central (média aritmética, mediana) e de dispersão (desvio padrão

-DP- e amplitude -Máx. e Mín.-) para as variáveis quantitativas (contínuas e discretas) e de frequência para as variáveis qualitativas (nominais), com intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}). Também foi empregada a estatística qui-quadrado de Pearson (X^2 ; p) para testar diferenças entre proporções, sendo consideradas, estatisticamente significativas, as diferenças com $p < 0,05$.

As questões abertas foram lidas internamente a cada questionário e transversalmente em busca de regularidades, buscando-se os principais temas de cada conjunto de respostas para posterior categorização.

3.9 Aspectos éticos do estudo

No presente estudo, foram tomados os seguintes cuidados éticos:

- aprovação pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo 3);
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição hospitalar, campo deste estudo, sob o Registro CEP: 572/05. Devido ao compromisso de sigilo estabelecido entre a coordenação de enfermagem da instituição em questão e a pesquisadora, não será divulgado o nome do hospital;
- uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) detalhado no Anexo 4;

Por ser um tema complexo e sensível, algumas recomendações éticas e de segurança, específicas para estudos acerca de *mulheres em situação de violência*, foram seguidas nesta pesquisa (Ellsberg et al., 1999; WHO, 2003):

- anonimato da instituição e das profissionais de enfermagem entrevistadas, não possuindo nenhum sistema de identificação dessas. Optou-se pelo registro apenas da rubrica no TCLE, em detrimento do registro de documentos e informações pessoais a fim de garantir o maior sigilo possível. Assim, não há como associar o TCLE ao questionário, pois não há registro funcional, nome ou qualquer dado que propicie a identificação posterior da entrevistada;
- privacidade da entrevistada, assegurando sempre que as entrevistas fossem realizadas em uma sala reservada, disponível no setor de trabalho da profissional ou próximo a ele. Era esclarecido à entrevistada que, sempre que houvesse necessidade, o preenchimento do instrumento poderia ser interrompido.
- encaminhamento de casos identificados para suporte, previamente contratado, quando solicitado;
- fornecimento de um Mini-Guia de Serviços do município de São Paulo, para mulheres em situação de violência (Anexo 5), elaborado pelo Grupo de Pesquisa e Intervenção em Violência e Gênero nas Práticas de Saúde do Departamento de Medicina

Preventiva da FMUSP. Constavam, no Mini-Guia, três serviços, sendo um com atendimento multiprofissional, necessitando agendamento de consultas e os outros dois com atendimento exclusivamente por telefone, para as mulheres com mais dificuldade de se expor. Além da divulgação dos serviços, o Mini-Guia em questão trazia também frases e mensagens de auto-valorização;

- compromisso em disponibilizar os resultados à equipe de supervisão de enfermagem, de forma agregada, para manter o sigilo das entrevistadas, a fim de subsidiar condutas de treinamento, capacitação profissional e suporte às profissionais.

3.10 Apoio financeiro

Este estudo contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob forma de bolsa de pesquisa para mestrado.

Resultados

4 RESULTADOS

Dentre as 187 profissionais de enfermagem (53 enfermeiras e 134 auxiliares/ técnicas de enfermagem) sorteadas para participar do estudo, houve a exclusão de três enfermeiras, sendo duas recusas e uma licença maternidade e de cinco auxiliares/técnicas de enfermagem, sendo três recusas e duas licenças médicas. Totalizaram-se, portanto, oito exclusões, redimensionando-se a amostra final para 179 profissionais, sendo 50 enfermeiras e 129 auxiliares/técnicas de enfermagem.

Dessas 179 trabalhadoras, identificou-se uma profissional registrada como atendente de enfermagem, que, para a descrição dos dados, foi incluída na categoria profissional de axiliares/técnicas de enfermagem. Destaca-se que, segundo a Lei 7.498/86 regulamentadora do Exercício Profissional da Enfermagem, os atendentes de enfermagem deveriam ter sido capacitados para auxiliares de enfermagem até o ano de 1996, a fim de manterem seu reconhecimento profissional, segundo o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2007).

Para todas as variáveis, considerou-se a amostra de 179 mulheres, exceto para as variáveis sobre conjugalidade e parceria íntima (afetivo-sexual), relacionamento afetivo-sexual e VPI (violência psicológica, física ou sexual). Nesses casos, consideraram-se, para a análise, as mulheres que já haviam vivido, ao menos uma vez na vida, um relacionamento afetivo e sexual, equivalendo, neste estudo, a 177 entrevistadas.

4.1 Características sociodemográficas

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico do grupo estudado, através das variáveis: idade, cor da pele, naturalidade, religião, tipo de moradia, escolaridade, percepção de chefia da família e classe socioeconômica.

A idade média encontrada foi de 37,6 anos (Mediana=38,0; DP=9,9; Mínima=20; Máxima=59).

Mais da metade das entrevistadas se auto-classificou como de cor branca (59,2%); seguida pelas pardas (19,0%) e negras (17,3%).

A grande maioria das entrevistadas mostrou-se proveniente do estado de São Paulo (72,1%), ficando em segundo lugar o estado de Minas Gerais (6,1%). Das entrevistadas, apenas 5,0 % (nove) referiram ter nascido na zona rural e nenhuma entrevistada morava há menos de cinco anos no estado de São Paulo.

A religião predominante foi o catolicismo (42,5%), seguida da religião evangélica (24,6%). Trinta e duas mulheres (17,9%) declararam-se sem prática religiosa.

No que se refere à moradia, tem-se que a maior parte das entrevistadas referiu residir em imóveis próprios (79,3%).

A escolaridade média foi de 12,5 anos (Mediana=11,0; DP=2,3; Mínima=8; Máxima=18). Apenas quatro profissionais (uma atendente e três auxiliares de enfermagem) referiram ensino fundamental completo - EFC ou ensino médio incompleto - EMI. A maior parte das profissionais (63,7%) referiu o ensino médio completo - EMC e 31,8% referiu o ensino superior

completo - ESC, sendo 50 enfermeiras e sete auxiliares/técnicas de enfermagem.

A maior parte das entrevistadas se auto-referiu como responsável pela chefia da família seja integral (40,2%) ou parcialmente (20,7%), nesse último caso, compartilhando a chefia com o parceiro. A maioria das profissionais pertence à classe B (86,0%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das profissionais de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)

Variável	N	%	Variável	N	%
Idade (anos)			Tipo de moradia		
20 -- 29	54	30,2	Própria	142	79,3
30 -- 39	44	24,6	Alugada	29	16,2
40 -- 49	53	29,6	Cedida	7	3,9
50 -- 59	28	15,6	Outras	1	0,6
Cor da pele			Escolaridade* (anos de estudo)		
Branca	106	59,2	8 -- 10 (EFC e EMI)	4	2,2
Parda	34	19,0	11 (EMC)	114	63,7
Preta (negra)	31	17,3	12 -- 14 (ESI)	4	2,2
Amarela	7	3,9	15 -- (ESC)	57	31,8
Indígena	1	0,6	Percepção de "chefia da família"		
Naturalidade (UF)			Ela como chefe	72	40,2
Sudeste	144	80,4	O companheiro como chefe	37	20,7
SP	129	72,1	Ela e o companheiro como chefes	37	20,7
MG	11	6,1	Outro como chefe	33	18,4
RJ	4	2,2	Estrato socioeconômico		
Nordeste	22	12,3	Classe A	16	9,0
Sul	9	5	Classe B1	75	41,9
Centro-oeste	3	1,7	Classe B2	79	44,1
Norte	1	0,6	Classe C	9	5,0
Religião					
Católicas	76	42,5			
Evangélicas	44	24,6			
Espíritas Kardecistas	24	13,4			
Sem prática religiosa	32	17,9			
Outras	03	1,6			

* EFC = Ensino fundamental completo; EMI = Ensino médio incompleto; EMC = Ensino médio completo; ESI = Ensino superior incompleto; ESC = Ensino superior completo

De acordo com a Tabela 2, que evidencia os dois estratos do estudo, observa-se que as enfermeiras são mais novas, possuem sabidamente maior escolaridade e concentram-se nos estratos A e B somente ($p < 0,05$).

Tabela 2 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo categoria profissional e principais características sociodemográficas - 2005/06 (n=179)

Variáveis	Enfermeiras		Auxiliares/técnicas de enfermagem	
	N	%	N	%
Idade (anos) ($X^2=8,4$; $p=0,04$)				
20 -- 29	21	42,0	33	25,6
30 -- 39	14	28,0	30	23,2
40 -- 49	12	24,0	41	31,8
50 -- 59	3	6,0	25	19,4
Total	50	100,0	129	100
Escolaridade* (anos) ($X^2=141,4$; $p < 0,001$)				
8 -- 10 (EFC e EMI)	0	0	4	3,1
11 (EMC)	0	0	114	88,4
12 -- 14 (ESI)	1	2,0	3	2,3
15 -- (ESC)	49	98,0	8	6,2
Total	50	100,0	129	100
Percepção de “chefia da família” ($X^2=5,3$; $p=0,15$)				
Ela como chefe	22	44,0	50	38,8
O companheiro como chefe	11	22,0	26	20,1
Ela e o companheiro como chefes	5	10,0	32	24,8
Outro como chefe	12	24,0	21	16,3
Total	50	100,0	129	100
Estrato socioeconômico ($X^2=40,0$; $p < 0,001$)				
Classe A	15	30,0	1	0,8
Classe B	35	70,0	119	92,2
Classe C	0	0	9	7,0
Total	50	100,0	129	100

* EFC = Ensino fundamental completo; EMI = Ensino médio incompleto; EMC = Ensino médio completo; ESI = Ensino superior incompleto; ESC = Ensino superior completo

4.2 Características da situação profissional

A Tabela 3 apresenta as características da situação profissional das entrevistadas por meio das variáveis categoria profissional, jornada de trabalho, turno de trabalho e tempo de atuação na área de enfermagem. Das 179 profissionais entrevistadas 50 (27,9%) estão registradas como enfermeiras, 76 (42,5%) como técnicas de enfermagem, 52 (29,1%) como auxiliares de enfermagem e há uma profissional, apenas (0,6%), registrada como atendente de enfermagem.

Quanto à jornada de trabalho, a grande maioria das entrevistadas (63,1%) referiu trabalhar em regime diário enquanto que 36,9% referiram regime de plantão. Os turnos vespertino e noturno foram os mais referidos com frequências, respectivamente, de 34,6% e 36,3%.

O tempo médio de trabalho na área de enfermagem foi de 12,2 anos (Mediana=10,0; DP=8,2; Mínima=1; Máxima=31). Apenas 22,8% das profissionais tinham de um a quatro anos de vivência profissional, sugerindo ser um grupo de profissionais com experiência na área de trabalho.

Tabela 3 - Características da situação profissional das profissionais de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)

Variáveis	N	%
Categoria profissional		
Enfermeira	50	27,9
Técnica de enfermagem	76	42,5
Auxiliar de Enfermagem	52	29,1
Atendente de enfermagem	1	0,6
Jornada de trabalho		
Regime diário	113	63,1
Regime de plantão	66	36,9
Turno de trabalho		
Matutino	52	29,1
Vespertino	62	34,6
Noturno	65	36,3
Tempo de atuação na área de enfermagem*		
1 -- 4	41	23,0
5 -- 10	49	27,5
11 -- 19	39	22,0
20 -- 31	49	27,5

(*)Válido para 178 entrevistadas

4.3 Características de conjugalidade e do parceiro íntimo

As Tabelas 4 e 5 evidenciam algumas características de conjugalidade como a parceria afetivo-sexual atual, o número de uniões consensuais ou formais na vida, o tempo médio de relacionamento afetivo-sexual atual ou imediatamente anterior à entrevista, idade, escolaridade e ocupação dos parceiros íntimos.

Cento e três (57,5%) entrevistadas relataram parceria afetivo/sexual atual, coabitando com um companheiro ou cônjuge, sendo 78 casos (43,6%) de uniões formais e 25 (14,0%) de uniões consensuais. De forma geral, 131

(73,2%) profissionais relataram pelo menos uma união consensual ou formal na vida.

Tabela 4 - Características de conjugalidade das profissionais de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)

Variáveis	N	%
Parceria afetivo-sexual atual		
Parceria afetivo/sexual coabitando com companheiro/cônjuge	103	57,5
Parceria afetivo/sexual sem coabitação	43	24
Parceria exclusivamente afetiva	1	0,6
Não possui parceria afetivo-sexual no momento	32	17,9
Número de união consensual ou formal na vida		
Apenas uma	96	53,6
De 2 a 3	35	19,6
Nenhuma	48	26,8

Para as demais variáveis de parceria afetivo-sexual, contidas na tabela 5, consideraram-se apenas as mulheres que, alguma vez na vida, tiveram um parceiro afetivo-sexual. Portanto, excluíram-se duas entrevistadas: uma que nunca havia se relacionado afetivo-sexualmente com alguém e outra que reportou apenas experiência de parceria afetiva na vida, mas não sexual.

Quanto à parceria afetiva e sexual, denominada nesse trabalho de parceria íntima, independentemente de coabitação, identificou-se um período médio de tempo de relacionamento de 10,6 anos (Mediana=8,0; DP=9,1; Mínima=1; Máxima=38). Os parceiros das entrevistadas apresentaram idade média de 39,5 anos (Mediana=39,5; DP=10,6; Mínima=20; Máxima=72).

O tempo médio de escolaridade, em anos, dos parceiros afetivo-sexuais, foi de 11,6 anos (Mediana=11,0; DP=3,4; Mínima=0; Máxima=21),

Quanto à ocupação, 86,6% (155) referiram uma ocupação regular e sistemática, maiormente na área da saúde (12,8%, 23).

Tabela 5 - Características de parceria íntima das profissionais de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Variáveis	N	%
Tempo de relacionamento afetivo-sexual atual ou imediatamente anterior à entrevista		
1 -- 9	98	55,5
10 -- 19	47	26,5
20 -- 29	24	13,5
30 -- 38	8	4,5
Idade dos parceiros íntimos		
20 -- 29	38	21,5
30 -- 39	50	28,2
40 -- 49	53	29,9
50 -- 59	30	16,9
60 --	6	3,4
Escolaridade* dos parceiros íntimos (em anos)		
0 -- 7 (EFI)	9	5,0
8 -- 10 (EFC e EMI)	30	16,9
11 (EMC)	86	48,6
12 -- 14 (ESI)	3	1,7
15 -- (ESC)	51	28,8
Ocupação dos parceiros íntimos		
Trabalhador regular e sistemático	126	71,2
Trabalhador regular e sistemático- área da saúde	22	12,4
Trabalhador regular e sistemático- área policial/vigia/segurança	6	3,4
Trabalhador esporádico	2	1,1
Aposentado	7	4
Desempregado	12	6,8
Estudante	2	1,1

* EFC = Ensino fundamental completo; EMI = Ensino médio incompleto; EMC = Ensino médio completo; ESI = Ensino superior incompleto; ESC = Ensino superior completo

A Tabela 6 evidencia que os parceiros das enfermeiras possuem maior escolaridade quando comparados aos parceiros das auxiliares e técnicas de enfermagem. Quanto à idade não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo categoria profissional e principais características sociodemográficas de seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)

Variável	Enfermeiras		Auxiliares/técnicas de enfermagem	
	N	%	N	%
Escolaridade* dos parceiros íntimos (em anos) ($X^2=85,0$; $p<0,001$)				
0 -- 10 (até EMI)	0	0	38	29,7
11 (EMC)	9	18,4	76	59,4
12 -- 14 (ESI)	2	4,0	1	0,8
15 -- (ESC)	38	77,6	13	10,1
Total	49	100,0	128	100,0
Idade dos parceiros íntimos ($X^2=9,0$; $p=0,06$)				
20 -- 29	16	32,7	22	17,2
30 -- 39	16	32,7	34	26,6
40 -- 49	8	16,3	45	35,2
50 -- 59	8	16,3	22	17,1
60 --	1	2,0	5	3,9
Total	49	100,0	128	100,0

* EFC = Ensino fundamental completo; EMI = Ensino médio incompleto; EMC = Ensino médio completo; ESI = Ensino superior completo; ESC = Ensino superior completo

4.4 Características do relacionamento (afetivo-sexual)

As características do relacionamento afetivo-sexual foram estimadas através da diferença de escolaridade e idade entre as profissionais e seus parceiros, comunicação, episódios de brigas e comportamentos controladores do parceiro.

A maior parte das entrevistadas (87,0%) apresentou escolaridade igual ou superior ao seu parceiro íntimo e em 63,8% dos casos o homem era mais velho, conforme Tabela 7.

Tabela 7 - Diferenças de idade e escolaridade entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, de um hospital geral do município de São Paulo e seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)

Variáveis	N	%
Diferença de Escolaridade		
Mulher com menos escolaridade	23	13,0
Mesma escolaridade	89	50,3
Mulher com maior escolaridade	65	36,7
Diferença de Idade		
Mulher mais nova	113	63,8
Mesma idade	13	7,3
Mulher mais velha	51	28,8

No tocante à comunicação, foi considerada a ausência de diálogo sobre os acontecimentos cotidianos do parceiro e da profissional, bem como sobre as preocupações e sentimentos dele e dela. Obtiveram-se, respectivamente, as frequências 18,6%, 17,5%, 23,2% e 17,5%, de acordo com a Tabela 8.

Tabela 8 - Comunicação sobre assuntos cotidianos (resposta múltipla) entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo e seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)

Assuntos não dialogados	N	%	IC _{95%}
Não conversam sobre coisas que acontecem com ele no dia-a-dia	33	18,6	12,8-24,4
Não conversam sobre coisas que acontecem com ela no dia-a-dia	31	17,5	11,8-23,2
Não conversam sobre as preocupações e sentimentos dele	41	23,2	16,9-29,4
Não conversam sobre as preocupações e sentimentos dela	31	17,5	11,9-23,2

Verificou-se que 10,2% das entrevistadas não conversavam sobre nenhum dos assuntos indagados, o que foi denominado de má comunicação; 19,7% não conversavam de um até três dos assuntos

questionados, sendo denominado de comunicação regular, enquanto a maioria, 70,1%, conversava sobre todos os quatro tópicos, o que foi denominado boa comunicação.

Tabela 9 - Comunicação, agrupada, sobre assuntos cotidianos entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, e seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)

Tipo de comunicação entre o casal	N	%	IC_{95%}
Boa Comunicação	124	70,1	61,9-75,9
Comunicação Regular	35	19,7	14,2-26,4
Má Comunicação	18	10,2	6,1-15,6

Quanto à frequência e repetitividade das brigas, 32,8% das profissionais de enfermagem referiram brigar algumas vezes enquanto 10,2% revelaram brigar com frequência com seus parceiros, como revela a Tabela 10.

Tabela 10 - Frequência de brigas, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, e seus parceiros íntimos - 2005/06 (n=177)

Frequência de brigas	N	%	IC_{95%}
Raramente	101	57,1	49,4-64,5
Algumas vezes	58	32,8	25,9-40,2
Freqüentemente	18	10,2	6,1-15,6

Quanto aos comportamentos controladores, indagou-se a frequência de algumas atitudes e comportamentos cerceadores. De acordo com a Tabela 11, os comportamentos controladores de maior identificação entre as entrevistadas, foram: *ficar zangado se ela conversa com outro homem* com 56 (31,6%) respostas positivas e *insistir em saber onde ela está o tempo todo* com 53 (29,9%) afirmações.

Tabela 11 - Comportamentos controladores por parceiros íntimos, na vida (resposta múltipla), sobre trabalhadoras de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Comportamentos controladores	N	%	IC_{95%}
Tenta evitar que você visite ou veja seus amigos?	42	23,7	17,7-30,8
Procura restringir o seu contato com sua família?	28	15,8	10,8-22,0
Insiste em saber onde você está o tempo todo?	53	29,9	23,3-37,3
Ignora você ou a trata com indiferença?*	11	6,2	3,1-10,8
Fica zangado se você conversa com outro homem?*	56	31,8	24,7-39,0
Está freqüentemente suspeitando que você seja infiel?	20	11,3	7,0-16,9
Espera que você peça permissão para procurar um serviço de saúde?	4	2,3	0,6-5,7

(*) Válido para 176 entrevistadas

Dessa forma, verificou-se que das 89 (50,3%) mulheres que referiram comportamento controlador por parceiro íntimo, alguma vez na vida, 19 (21,3%) entrevistadas referiram ter vivido mais de quatro tipos e 37 (41,6%) delas referiram ter vivido de dois a três tipos, como mostra a Tabela 12.

Tabela 12 - Comportamentos controladores, agrupados, por parceiros íntimos sobre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, na vida- 2005/06 (n=177)

Frequência de comportamentos controladores	N	%	IC_{95%}
Não referem comportamentos controladores	88	49,7	42,1-57,3
Referem um tipo de comportamento controlador	33	18,6	13,2-25,2
Referem de dois a três tipos de comportamentos controladores	37	20,9	15,2-27,6
Referem quatro ou mais tipos de comportamentos controladores	19	10,7	6,6-16,2

Auxiliares/técnicas de enfermagem referiram mais comportamentos controladores, na vida, que enfermeiras ($p < 0,05$), conforme a Tabela 13:

Tabela 13 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo relato de, ao menos, um comportamento controlador pelo parceiro íntimo, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)

Categoria Profissional ($\chi^2=5,0$; $p=0,03$)	Relato de comportamento controlador			Total
	N	(%)	IC _{95%}	
Enfermeiras	18	36,7	22,4-51,7	49
Auxiliares e técnicas de enfermagem	71	55,5	46,4-64,2	128

4.5 Experiências de violência nas relações de intimidade

4.5.1 Violência por parceiros íntimos (VPI)

4.5.1.1 *Violência psicológica*

“Eu preferiria que ele me agredisse fisicamente porque assim eu revidava (...). Ele fazia da minha vida um caos. Ele tinha muitos ciúmes de mim” (auxiliar de enfermagem).

Cento e cinco (59,6%) entrevistadas referiram algum episódio de violência psicológica na vida, perpetrada por um parceiro íntimo, conforme a Tabela 14.

Tabela 14 - Violência psicológica por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177*)

Episódios de violência psicológica por parceiro íntimo	N	%	IC_{95%}
Sim	105	59,6	52,0-67,0
Não	71	40,3	

(*) Válido para 176 entrevistadas

Os atos de maior identificação foram (Tabela 15): *insultou ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma* com 80 (45,2%) respostas positivas; *assustou ou intimidou de propósito* com 69 (39,0%) afirmativas; *humilhou ou depreciou publicamente* com 57 (32,2%) identificações e *ameaçou machucá-la ou a alguém que ela gostasse* com 55 (31,2%) respostas, considerando que as respostas eram múltiplas.

Tabela 15 - Atos de violência psicológica por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Atos de violência psicológica	N	%	IC_{95%}
Insultou ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma	80	45,2	37,7-52,8
Humilhou ou depreciou publicamente	57	32,2	25,4-39,6
Assustou ou intimidou de propósito	69	39,0	31,7-46,6
Ameaçou machucá-la ou a alguém que gostasse*	55	31,2	24,5-38,6

(*) Válido para 176 entrevistadas

Entende-se que há um gradiente de gravidade entre os atos acima, e avaliou-se como mais grave a “ameaça de machucar a entrevistada ou alguém que ela gostasse”. Além disso, apreende-se também que a concomitância de mais de um ato de violência psicológica poderia aumentar a gravidade dos episódios. Foi mais grave, portanto, a presença de todos os

atos em um único relato. Por isso, esses dados foram re-categorizados para melhor visibilizar a gravidade das agressões.

A partir da Tabela 16, verifica-se que 19 (10,8%) entrevistadas sofreram exclusivamente insulto de seus parceiros e nenhuma das outras expressões. Reportaram *humilhação ou depreciação* de seus parceiros, ou seja, as entrevistadas que sofreram humilhação e insulto ou humilhação exclusivamente, 11 (6,2%) entrevistadas.

As profissionais que sofreram intimidação e insulto, intimidação e humilhação ou exclusivamente intimidação compuseram a categoria denominada *de até intimidação ou susto proposital*, sendo representada por 20 (11,4%) entrevistadas.

Sofreram ameaça de serem machucadas exclusivamente ou com uma ou duas das outras formas de violência psicológica, 22 (12,5%) entrevistadas. Mais gravemente, vivenciaram todos os tipos de violência psicológica, 18,7% (33) da amostra.

Tabela 16 - Gravidade da violência psicológica por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177*)

Gravidade da violência psicológica	N	%	IC_{95%}
Apenas insulto	19	10,8	6,6-16,3
Até humilhação ou depreciação	11	6,2	3,1-10,9
Até intimidação ou susto proposital	20	11,4	7,0-17,0
Ameaça de ser machucada exclusivamente ou com mais 1 ou 2 das outras formas	22	12,5	8,0-18,3
Sofreu todas as formas de violência psicológica	33	18,7	13,3-25,3
Não sofreu violência psicológica	71	40,3	33,0-48,0

(*) Válido para 176 entrevistadas

Internamente às entrevistadas que relataram algum episódio de violência psicológica, 55 delas (52,0%) revelaram ter sofrido pelo menos ameaça de ser machucada, demonstrando que a maioria dos casos de violência psicológica foi grave. Agrega-se aqui o fato de que 33 dessas 55 profissionais declararam ter sofrido todas as formas. O insulto esteve presente em 56,2% dos casos de ameaça por parceiro íntimo, demonstrando que, além de freqüente, esteve conjugado à violência psicológica de maior gravidade.

A violência psicológica mostrou-se, além de potencialmente grave, repetitiva. Dentre as vítimas dessa forma de violência, 87 (82,9%) mulheres referiram a vivência de episódios mais de uma vez na vida, conforme Tabela 17.

Tabela 17 - Repetitividade da violência psicológica por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=105)

Repetitividade da violência psicológica	N	%	IC_{95%}
Uma vez na vida	18	17,1	6,1-15,6
Poucas vezes na vida	47	44,8	20,2-33,7
Muitas vezes na vida	40	38,1	16,7-29,5

Ainda, os casos mais graves de violência psicológica, como a vivência de ameaça conjugada com até duas outras de suas expressões (22) e vivência de todos os atos (33), foram também repetitivos, ocorrendo mais de uma vez na vida para, respectivamente, 72,7% (16) e 100% (33) dessas entrevistadas.

A violência psicológica, grave e freqüente, não se mostrou, na sua maioria, recente. A maioria dos casos (82, 78,0%) ocorreu antes do último ano, em relação à entrevista, como mostra a tabela 18.

Tabela 18 - Época de ocorrência da violência psicológica por parceiros íntimos entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Época de ocorrência da violência psicológica	N	%	IC_{95%}
No último ano	23	13,0	8,4-18,8
Antes do último ano	82	46,3	38,8-54,0
Não sofreram	72	40,7	33,4-48,3

Dentre os agravos de ordem psicológica, sofridos no último ano, três (13,0%) das entrevistadas sofreram insulto exclusivamente, cinco (21,7%) sofreram até humilhação ou depreciação, cinco (21,7%) vivenciaram até intimidação ou susto proposital, três (13,0%) sofreram ameaça de ser machucadas exclusivamente ou com mais uma ou duas das outras formas e sete (30,4%) sofreram todas as formas. Quanto à repetitividade das agressões psicológicas no último ano, identificou-se que 20 (86,9%) das entrevistadas vítimas desse abuso, sofreram algum dos tipos questionados mais de uma vez na vida.

Os agravos de ordem psicológica mostraram-se mais freqüentes entre as auxiliares/técnicas de enfermagem do que entre as enfermeiras ($p < 0,05$), conforme Tabela 19.

Tabela 19 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência psicológica por parceiros íntimos, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)

Categoria Profissional ($X^2=6,15$; $p=0,01$)	Violência psicológica por parceiro íntimo			Total
	N	(%)	IC _{95%}	
Enfermeiras	22	45,0	30,7-59,8	49
Auxiliares e técnicas de enfermagem*	83	65,3	56,4-73,6	127

(*) Válido para 127 entrevistadas

4.5.1.2 Violência física

“Ele me batia, dava tapas e me sacudia na frente dos meus filhos. Eu sofri muito” (enfermeira)

Uma em cada três entrevistadas (33,3%, 59) relatou que já havia sido agredida fisicamente por um parceiro íntimo na vida, conforme Tabela 20.

Tabela 20 - Violência física por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Episódios de violência física por parceiro íntimo	N	%	IC _{95%}
Sim	59	33,3	26,4-40,8
Não	118	66,7	

A violência física foi identificada por meio de seis atos concretos, indagados às entrevistadas: *tapas ou arremesso de objeto; empurrão, tranco ou chacoalhão; soco; chute ou surra; estrangulamento ou queimadura e ameaça ou uso de arma de fogo.*

Os atos de maior identificação pelas entrevistadas, segundo a Tabela

21, foram: *empurrão, tranco ou chacoalhão* com 49 (27,7%) respostas positivas; *tapa ou arremesso de objeto* com 38 (21,5%) afirmativas; *uso ou ameaça de uso de arma de fogo* com 13,0% (23) de identificação; *soco*; *chute ou surra* tiveram a mesma frequência de identificação com 16 afirmativas para cada (9,0%) e, por último, estrangulamento ou queimadura foram revelados por seis (3,4%) entrevistadas, considerando que as respostas eram múltiplas.

Tabela 21 - Atos de violência física por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Atos de violência física	N	%	IC_{95%}
Tapa ou arremesso de objeto	38	21,5	15,7-28,2
Empurrão, tranco ou chacoalhão	49	27,7	21,2-34,9
Soco	16	9,0	5,2-14,3
Chute ou surra	16	9,0	5,2-14,3
Estrangulamento ou queimadura	6	3,4	12,5-7,2
Uso ou ameaça de uso de arma de fogo	23	13,0	8,4-18,8

Também aqui, como na descrição da violência psicológica, as expressões da violência física foram agrupadas para melhor visibilizar a gravidade das agressões. Tapa ou arremesso de objeto, assim como empurrão, tranco ou chacoalhão foram denominados *violência física moderada* e soco, chute ou surra, estrangulamento ou queimadura e uso ou ameaça de uso de arma de fogo foram denominados *violência física grave*, segundo classificação realizada pela OMS (García-Moreno et al., 2006).

Sempre que havia ao menos um episódio de violência considerada grave, a violência física relatada foi denominada grave. A Violência física foi

moderada apenas no caso de todos os atos terem sido moderados. A violência física grave foi a mais freqüente, revelada por 32 (18,1%) de toda a amostra, conforme Tabela 22.

Tabela 22 - Gravidade da violência física por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Gravidade da violência física	N	%	IC_{95%}
Violência física moderada	27	15,3	10,3-21,4
Violência física grave	32	18,1	12,7-24,5
Não sofreu	118	66,7	

Além de grave, a violência física, assim como a violência psicológica, mostrou-se repetitiva: dentre as entrevistadas que referiram esse tipo de agressão, a maioria vivenciou tais experiências mais de uma vez na vida (62,7%), conforme Tabela 23.

Tabela 23 - Repetitividade da violência física por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=59)

Repetitividade da Violência Física	N	%	IC_{95%}
Uma vez na vida	22	37,3	7,9-18,2
Poucas vezes na vida	24	40,7	8,9-19,5
Muitas vezes na vida	13	22,0	4,0-12,2

Da mesma forma que na violência psicológica, os casos graves (32) foram repetitivos. Dentre as 32 mulheres que sofreram violência física grave, 24 (75,0%) vivenciaram tais episódios mais de uma vez na vida, ou seja, de todas as mulheres que referiram a violência física grave, 65,0% (24) sofreram o agravo mais de uma vez na vida.

A frequência de violência física foi bem menor no último ano. Das 59 entrevistadas que referiram violência física na vida, apenas cinco (8,4%) relataram ter vivenciado tais episódios no último ano. Todavia, quatro deles foram severos e dois ocorreram mais de uma vez.

Assim como na violência psicológica, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem quanto à frequência da violência física, como evidencia a Tabela 24.

Tabela 24 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência física por parceiro íntimo, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)

Categoria Profissional ($X^2 = 13,5$ e $p < 0,001$)	Violência física por parceiro íntimo			Total
	N	(%)	IC 95%	
Enfermeiras	06	12,2	4,6-24,8	49
Auxiliares e técnicas de enfermagem	53	41,4	32,8-50,4	128

4.5.1.3 Violência sexual

“Meu marido bebia muito no início do casamento e ele quase sempre me forçava... você sabe... a ter relações quando eu não queria. Era horrível e só tive paz no dia em que ele faleceu” (auxiliar de enfermagem).

Cerca de uma em cada três profissionais revelou agressão sexual na vida. Os episódios de violência sexual foram relatados por 50 entrevistadas (28,2%), conforme Tabela 25.

Tabela 25 - Violência sexual por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Episódios de violência sexual	N	%	IC_{95%}
Sim	50	28,2	21,7-35,5
Não	127	71,8	

A violência sexual foi mensurada através de três questões: se ela já havia sido forçada fisicamente a manter uma relação sexual com seu parceiro íntimo quando ela não queria fazê-lo; se ela já havia mantido uma relação sexual com seu parceiro íntimo porque estava com medo do que ele poderia fazer e, por último, se ela já havia sido forçada a alguma prática sexual que considerava degradante ou humilhante.

Quarenta e uma mulheres (23,2%) relataram que, alguma vez na vida, foram forçadas fisicamente a manter relações sexuais, 20,9% (37) referiram já ter vivido relação sexual por coação ou medo e 18,1% (32) revelaram a vivência de alguma prática sexual degradante ou humilhante forçosamente (Tabela 26).

Tabela 26 - Atos de violência sexual por parceiros íntimos (resposta múltipla), na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Atos de violência sexual	N	%	IC_{95%}
Relação sexual forçada fisicamente	41	23,2	17,2-30,1
Relação sexual por coação ou medo	37	20,9	15,2-26,6
Prática sexual degradante ou humilhante forçada	32	18,1	12,7-24,5

Os atos de violência sexual foram organizados em função das possibilidades de resposta das entrevistadas frente à sua vivência isolada ou

conjugada. Aqui não foi pensado um gradiente, visto que todos os atos são considerados graves. Conforme a Tabela 27, observa-se a alta prevalência da vivência dos três atos de violência sexual por parceiro íntimo, na vida (22 relatos).

Tabela 27 - Sobreposição dos atos de violência sexual por parceiros íntimos na vida (resposta múltipla), entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=177)

Atos de violência sexual	N	%	IC_{95%}
Um ato isolado	12	7,0	3,5-11,5
Dois atos	16	9,0	5,2-14,3
Todos os atos (três)	22	12,3	7,9-18,2
Não sofreu	127	71,7	

A violência sexual parece ser, além de fenômeno prevalente entre as profissionais ora entrevistadas, também repetitivo. Dentre as entrevistadas que revelaram alguma agressão sexual por parceiro íntimo, a grande maioria uma esmagadora maioria de 45 mulheres (90,0%) sofreu, ao menos, alguma das agressões sexuais indagadas, mais de uma vez na vida, conforme Tabela 28.

Tabela 28 - Repetitividade da violência sexual por parceiros íntimos, na vida, entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=50)

Repetitividade da Violência Sexual	N	%
Uma vez na vida	5	10,0
Poucas vezes na vida	24	48,0
Muitas vezes na vida	21	42,0

Das 50 mulheres submetidas à violência sexual, apenas quatro (8,0%) vivenciaram tais episódios no último ano, sendo dois relatos referentes à vivência das três expressões dessa violência. Os episódios de agressão sexual, em três desses quatro relatos, ocorreram muitas vezes no último ano.

À semelhança da distribuição da violência psicológica e física, a violência sexual também se mostrou mais freqüente entre as auxiliares/técnicas de enfermagem ($p < 0,05$), conforme a Tabela 29 abaixo:

Tabela 29 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência sexual por parceiros íntimos, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)

Categoria Profissional ($\chi^2 = 6,6$ e $p = 0,01$)	Violência sexual por parceiro íntimo			Total
	N	(%)	IC _{95%}	
Enfermeiras	07	14,3	5,9-27,2	49
Auxiliares e técnicas de enfermagem	43	33,6	25,4-42,5	128

Em relação aos grupos profissionais estudados, auxiliares/técnicas de enfermagem referiram, acentuadamente, mais episódios de VPI que enfermeiras ($p < 0,05$), de acordo com a Tabela 30.

Tabela 30 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo qualquer tipo de VPI, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)

Categoria Profissional ($\chi^2 = 7,8$ e $p = 0,005$)	Episódios de VPI			Total
	N	(%)	IC _{95%}	
Enfermeiras	23	46,9	32,5-61,7	49
Auxiliares e técnicas de enfermagem	89	69,5	60,8-77,3	128

4.5.1.4 Sobreposição da VPI

“Ele me humilhava de dia e queria amor à noite. Eu recusava e ele me empurrava e me chutava para fora da cama” (auxiliar de enfermagem).

A sobreposição das formas de violência proporcionou uma melhor visão do padrão de ocorrência entre as profissionais de enfermagem (Figura 2). Cento e doze (63,3%) entrevistadas referiram algum tipo de agressão por seus parceiros íntimos. Entretanto, na construção da sobreposição houve a perda de um dos relatos para a violência psicológica, apesar de positivo para violência física. Assim, os cálculos da sobreposição da VPI foram feitos sobre 176 mulheres.

A violência psicológica exclusiva foi a mais freqüente, referida por 19,3% (34) da amostra. Esse tipo de violência acompanhou, em 92,2% das vezes, os relatos de agressão física e/ou sexual de VPI. Com efeito, entre aquelas que relataram alguma forma de VFS, apenas seis mulheres não relataram também algum episódio de violência psicológica.

A segunda maior freqüência, de 31 (17,6%) casos, refere-se à vivência das três formas de violência por parceiro íntimo durante a vida. Dentre essas entrevistadas, houve 24 (77,4%) relatos positivos para os quatro atos de violência psicológica, 21 (67,7%) relatos para a violência física grave e 16 (51,6%) relatos para a violência sexual. A terceira maior freqüência foi dada pela vivência de casos de violência física e/ou psicológica para 26 (14,8%) mulheres.

A ocorrência exclusiva da violência sexual foi revelada por cinco (2,8%) mulheres. A maior parte dos episódios de violência sexual foi acompanhada de violência física e/ou psicológica. Destaca-se que a violência sexual foi mais freqüente entre as entrevistadas que sofreram violência física grave (65,6%; 21) do que entre as que sofreram violência física moderada (37,0%; 10), com $X^2 = 4,8$ e $p = 0,03$.

A vivência de VFS foi revelada por 44,1% (78; IC_{95%}: 36,6-51,7) da amostra, sendo que a menor parte desses episódios ocorreu no último ano (10,2%, oito). Particularmente, quanto a essa forma de violência, auxiliares/técnicas de enfermagem revelaram, expressivamente, mais episódios que enfermeiras ($X^2=12,8$; $p<0,001$).

Tabela 31 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo VFS, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=177)

Categoria Profissional ($X^2 = 12,8$ e $p < 0,001$)	Episódios de VFS			Total
	N	(%)	IC _{95%}	
Enfermeiras	11	22,4	11,8-36,6	49
Auxiliares e técnicas de enfermagem	67	52,3	43,0-61,0	128

Figura 2 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram VPI, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=177*)

(*) Válido para 176 entrevistadas

Legenda:

VF: Violência física

VP: Violência psicológica

VS: Violência sexual

4.5.1.5 Verbalização do abuso sofrido

Cinquenta e oito entrevistadas (52,2%) verbalizaram a situação de abuso vivido para outras pessoas. Para 53 mulheres, a pesquisa foi o primeiro momento de verbalização da VPI. Também para essa variável, houve a perda de um relato que, apesar de registrado como violência psicológica, não consta para a questão sobre verbalização da agressão

vivida. Considerou-se, portanto, para as porcentagens que se seguem, 111 mulheres.

Tabela 32 - Verbalização da VPI entre trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram algum tipo de VPI, na vida - 2005/06 (n=112*)

Conversaram sobre a VPI com mais alguém	N	%	IC_{95%}
Sim	58	52,2	25,9-40,2
Não	53	47,7	

(*) Válido para 111 entrevistadas

Os familiares e amigos foram os mais escolhidos para a revelação, respectivamente, 39 (35,1%) e 10 (9,0%), seguidos por conhecidos (cinco), colegas de trabalho (dois), advogado (um) e namorado atual (um).

4.5.1.6 Procura de algum tipo de ajuda frente à VPI

Trinta e três mulheres (29,7%) buscaram algum tipo de ajuda ou suporte frente à VPI, conforme Tabela 33. Assim como para a verbalização da agressão, houve a perda de um relato para essa questão.

Tabela 33 - Busca de ajuda/suporte pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram algum tipo de VPI, na vida - 2005/06 (n=112*).

Procuraram algum tipo de ajuda	N	%	IC_{95%}
Sim	33	29,7	13,2-25,2
Não	78	70,3	

* Válido para 111

Verificou-se que a busca por ajuda foi maior entre quem referiu todas as formas de VPI ($p < 0,05$), como mostra a Tabela 34.

Tabela 34 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram algum tipo de VPI, na vida, segundo tipo de VPI e busca de ajuda/suporte - 2005/06 (n=112*)

Tipo de VPI sofrida ($X^2 = 12,0$ e $p = 0,002$)	Busca de ajuda			Total
	N	(%)	IC 95%	
Violência psicológica exclusiva	4	12,1	3,4-28,2	33
VFE ou VFP ou VSE ou VPS ou VFS**	13	28,3	16,0-43,5	46
Todas as formas	16	51,6	33,0-70,0	31

(*) Válido para 110

(**) VFE: violência física exclusiva; VSE: violência sexual exclusiva; VFS: violência física conjugada à sexual e VPS: violência psicológica conjugada à violência sexual

4.5.1.7 Tipos de serviço/suporte procurados

Dentre as 33 entrevistadas que buscaram por ajuda, 15 (45,5%) optaram pelo serviço policial, através de delegacia da mulher e/ou delegacia convencional. Dentre elas, seis (40,0%) consideraram o atendimento satisfatório, enquanto 9 (60,0%) referiram descaso, humilhação e constrangimento nesse atendimento:

“Fui à DDM e à delegacia comum, mas não aconteceu nada com ele. Cheguei a ir no IML e o médico disse que não ia dar em nada, só se ele tivesse me aleijado e mesmo assim que eu iria perder meu tempo” (técnica de enfermagem).

Procuraram o suporte psicológico 11 (33,3%) daquelas que buscaram algum apoio. Apenas uma entrevistada considerou o suporte insatisfatório.

O suporte familiar foi referido por seis (5,4%) profissionais, enquanto o suporte institucional do próprio hospital foi reportado por apenas uma (0,9%) profissional de enfermagem. O suporte religioso foi referido por duas mulheres, que também haviam referido suporte psicológico e familiar.

Setenta e oito entrevistadas não procuraram nenhum serviço/ajuda frente ao agravo vivido. Dessas, apenas 19 (24,3%) relataram o desejo de procurar algum tipo de ajuda, mas não o fizeram. O serviço de apoio mais desejado entre tais entrevistadas foi o suporte psicológico, identificado por 13 (68,4%) delas. O *medo de se expor* (três relatos), *a falta de tempo* (quatro relatos) e *a dificuldade financeira* (seis relatos) foram justificativas dadas por elas para não haver buscado o apoio que declararam ter desejado.

4.5.2 Violência por familiares

“Meu pai era extremamente violento, batia em todos nós e inclusive na minha mãe. Depois de uns anos meu irmão começou a reproduzir o que o meu pai fazia e então nossa vida não teve mais sossego. Era a qualquer hora: gritos, tapas (...) ele conseguia tudo que queria e ninguém fazia nada, acho que todos tinham medo de desafiá-lo”
(enfermeira).

A violência psicológica, física e sexual por familiares foi medida através das seguintes questões, respectivamente:

- Alguma outra pessoa na vida já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal?
- Alguma outra pessoa já bateu em você, deu tapas, chutou ou a machucou fisicamente ou de alguma outra forma?
- Alguma outra pessoa já forçou você a uma prática sexual contra sua vontade?

As respostas afirmativas às questões acima caracterizavam a agressão.

Setenta e quatro (41,3%; $IC_{95\%}=34,0-48,9$) entrevistadas reportaram algum ato de agressão por seus familiares.

A violência psicológica por familiares, também caracterizada por insultos, deprecições ou humilhações, foi referida, dentre toda a amostra estudada, por 30,2% (54; $IC_{95\%}=23,5-37,5$) mulheres. Dessas entrevistadas, 48,1% (26) afirmaram ter tido essa vivência muitas vezes e 33,3% (18) poucas vezes. A maior parte desses episódios (33; 61,1%) ocorreu antes do último ano. Quanto à faixa etária de ocorrência, verificou-se que a maioria das entrevistadas que sofreu esse tipo de agressão, a vivenciou após os 19 anos de idade (51,8%; 28). Os principais perpetradores foram outros familiares sendo 11 homens (27; 50,0%); pai e irmãos (homens) representando 37,0% (20) e, por último, a mãe (sete; 13,0%).

A taxa de resposta positiva para a violência física, expressa por tapas, chutes ou outro tipo de agressão capaz de machucar, foi de 23,5% (42; $IC_{95\%}= 17,5-30,4$), dentre toda a amostra. A violência física ocorreu muitas vezes para 50,0% (21) das entrevistadas que a relatou. A maior parte dos

casos (35; 83,3%) também não foi recente, ocorreu antes do último ano, principalmente até os 15 anos de idade (28; 66,7%). Para as vítimas desse agravo, pai e irmãos (homens) foram os agressores mais identificados (24; 57,1%) seguidos da mãe (12; 28,6%) e outros familiares (6; 14,3%), sendo quatro homens.

A violência sexual, descrita por meio de prática sexual forçada, foi revelada por 9,5% (17; IC_{95%}= 5,6-14,8) dentre todas as mulheres. Esse tipo de agravo ocorreu mais de uma vez para 11 (64,7%) dessas mulheres. Aqui, todos os casos ocorreram antes do último ano e a grande maioria (14; 82,3%) antes dos 15 anos de idade. Distintamente ao padrão de respostas dos dois tipos de agressões anteriores, os principais agressores para a violência sexual foram outros familiares, sete tios e três primos (58,8%); seguidos de pai e irmãos (homens) com sete identificações (41,2%).

Em termos das sobreposições dos agravos de ordem psicológica, física e sexual perpetrados por familiares (Figura 3), identificou-se a violência psicológica conjugada à física como a mais freqüente (24; 13,4%), seguida pela agressão psicológica exclusiva (22; 12,2%). Os agravos exclusivos, de ordem física e sexual, foram reportados, respectivamente, por 11 (6,1%) e 5 (2,8%) entrevistadas e, assim como na violência por parceiros íntimos, foram menos freqüentes.

Figura 3 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram violência por familiares, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=179)

Não houve diferença estatisticamente significativa quanto às frequências das violências psicológica, física e sexual por familiares, frente à categoria profissional ($p>0,05$), segundo Tabelas 35, 36 e 37.

Tabela 35 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência psicológica por familiares, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($X^2=0,11$ e $p=0,7$)	Violência psicológica por familiares			Total
	N	(%)	IC 95%	
Enfermeiras	16	32,0	19,5-46,7	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem	38	29,4	21,8-38,1	129

Tabela 36 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência física por familiares, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($X^2 = 0,01$ e $p = 0,9$)	Violência física por familiares			Total
	N	(%)	IC 95%	
Enfermeiras	12	24,0	22,9-50,8	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem	30	23,2	16,8-31,5	129

Tabela 37 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência sexual por familiares, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($X^2 = 1,6$ e $p = 0,2$)	Violência sexual por familiares			Total
	N	(%)	IC 95%	
Enfermeiras	7	14,0	5,8-26,7	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem	10	7,7	3,8-13,8	129

4.5.2.1 Procura de algum tipo de ajuda frente à violência por familiares

“Gostaria de ter procurado uma ajuda psicológica, pois não tenho coragem de falar para minha mãe... ela adorava meu padrasto e não poder falar, mesmo hoje, me angustia”
(técnica de enfermagem, quanto à violência sexual perpetrada pelo padrasto).

Dentre as 74 entrevistadas que revelaram algum episódio de violência por familiares, 15 (20,3%) procuraram ajuda frente aos agravos sofridos e 18 (24,3%) não o fizeram, mas gostariam de tê-lo feito.

Quanto ao serviço procurado seis (40,0%) mulheres reportaram a busca pela psicoterapia, quatro (26,7%) optaram pelo suporte familiar, uma (6,7%) pelo serviço policial e as outras quatro profissionais restantes não verbalizaram o serviço ou suporte procurado. Três entrevistadas reportaram insatisfação frente ao suporte escolhido: uma havia buscado o serviço de psicoterapia e duas, o suporte familiar.

Dentre as 18 entrevistadas que gostariam de ter buscado algum serviço ou suporte frente à violência por familiares, 11 (61,1%) apontaram o desejo pelo atendimento psicoterápico, três (16,7%) gostariam de ter buscado o serviço policial e três (16,7%) o apoio familiar e uma entrevistada não revelou o serviço ou apoio desejado.

Os motivos obstacularizadores para a busca de ajuda/suporte foram: falta de tempo (um relato), vergonha de contar a situação vivida (seis relatos), desmotivação por parte dos familiares mais próximos (três relatos). Para a não busca do suporte policial, o medo de retaliação do agressor e a solicitação de familiares próximos foram as principais razões (dois relatos). A busca de apoio familiar foi dificultada pelo medo e vergonha da entrevistada (cinco relatos).

4.6 Violência por outros agressores

A violência por outros agressores contemplou a violência psicológica, física e sexual cometida por conhecidos, colegas de trabalho, pacientes e acompanhantes, bem como por estranhos. Essa violência foi identificada

pelas mesmas questões utilizadas na identificação da violência por familiares.

Oitenta e duas (45,8%; IC_{95%}=38,3-53,4) entrevistadas referiram, pelo menos um episódio de violência por outros agressores, que não parceiros e familiares, na vida.

A frequência de violência psicológica por outros, caracterizada por insultos, depreciações ou humilhações, dentre toda a amostra estudada, foi de 38,0% (68; IC_{95%}=30,8-45,5). Os agravos ocorreram, predominantemente, após os 19 anos de idade (59; 86,8%), sendo que, para quase metade das entrevistadas que declararam esse tipo de violência, os agravos foram recentes (33; 48,5%), isto é, no último ano. A violência psicológica também foi repetitiva, acontecendo mais de uma vez na vida para 73,5% (50) mulheres. Os agressores identificados pelas mulheres que sofreram violência psicológica foram os colegas de trabalho (27; 39,7%), sendo 21 (77,8%) colegas de trabalho da área da saúde; pacientes/acompanhantes (18; 26,5%); chefia (16; 23,5%), sendo quase todas profissionais enfermeiras (15; 93,7%) e, por último, estranhos (7; 10,3%).

A taxa de violência física, expressa por tapas, chutes ou outro tipo de agressão capaz de machucar, foi de 10,6% (19; IC_{95%}=6,5-16,1). Mais da metade dessas entrevistadas vivenciou esses agravos após os 19 anos de idade (11; 57,9%), porém a menor parte foi no último ano (cinco; 26,3%). A maioria das mulheres referiu a ocorrência dos agravos de ordem física mais de uma vez na vida (13; 68,4%). Os agressores identificados, dentre quem

referiu agressão física, foram pacientes/acompanhantes (nove; 47,4%), estranhos (sete; 36,8%) e conhecidos (três; 15,9%).

Houve sete relatos (3,9%; IC_{95%}=1,6-7,9) de prática sexual forçada, sendo quatro (57,1%) após os 19 anos de idade. Os episódios de violência sexual ocorreram, todos, antes do último ano (sete; 100,0%) em relação à realização das entrevistas. Como as demais formas de violência por outros agressores, os agravos de natureza sexual mostraram-se, também, repetitivos, acontecendo mais de uma vez na vida para seis (85,7%) mulheres. Os agressores identificados, para as mulheres vítimas desse tipo de violência foram: estranhos (quatro; 57,1%) e pacientes/acompanhantes (três; 42,8%).

A sobreposição das formas psicológica, física e sexual da violência perpetrada por outros agressores (Figura 4), mostrou ser, a violência psicológica exclusiva, a mais freqüente (56; 31,3%). Para outras 10 (5,6%) entrevistadas a vivência de violência psicológica também veio acompanhada de violência física e para outras duas (1,1%) mulheres, de violência sexual. As formas exclusivas da violência física e sexual foram referidas, respectivamente, por nove (5,0%) e cinco (2,8%) entrevistadas.

Figura 4 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram violência por outros agressores, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=179)

A violência por outros agressores não se mostrou diferente entre enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem ($p>0,05$), conforme as Tabelas 38, 39 e 40.

Tabela 38 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência psicológica por outros agressores, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($X^2 = 1,5$ e $p=0,3$)	Violência psicológica por outros agressores			Total
	N	(%)	IC _{95%}	
Enfermeiras	22	44,0	30,0-58,7	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem	46	35,6	27,4-44,6	129

Tabela 39 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência física por outros agressores, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($X^2=0,8$ e $p=0,4$)	Violência física por outros agressores			Total
	N	(%)	IC_{95%}	
Enfermeiras	7	14,0	5,8-26,7	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem	12	9,3	4,9-15,7	129

Tabela 40 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo violência sexual por outros agressores, na vida e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($X^2=0,001$ e $p=1,0$)	Violência sexual por outros agressores			Total
	N	(%)	IC_{95%}	
Enfermeiras	2	4,0	0,5-13,7	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem	5	3,9	1,3-8,8	129

Dentre as enfermeiras que referiram violência psicológica por outros (22), os principais agressores foram, no âmbito do trabalho em saúde, colegas de trabalho (nove; 40,9%), sendo sete colegas médicos (homens) e duas colegas enfermeiras. A chefia de enfermagem foi referida por três (13,6%) entrevistadas.

As auxiliares/técnicas de enfermagem que agressão psicológica por outros (46) identificaram, por sua vez, três (6,5%) colegas médicos (homens), nove (19,6%) enfermeiras colegas de trabalho e 12 (26,0%) enfermeiras na posição de chefia.

4.6.1 Procura de algum tipo de ajuda frente à violência por outros

Das 82 entrevistadas que referiram violência por outros agressores que não parceiros e familiares, 24 (29,3%) procuraram algum serviço/suporte e nove (11,0%) gostariam de tê-lo feito.

Dentre as mulheres que buscaram por ajuda, a instituição de trabalho foi procurada por 11 (45,8%) mulheres. O serviço policial foi o segundo suporte mais procurado (cinco; 20,8%); em seguida tem-se o suporte psicoterápico, procurado por três (12,5%) mulheres; a procura pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (SP) - COREN-SP por duas profissionais e o apoio religioso procurado por uma entrevistada, apenas. Duas entrevistadas não revelaram o serviço ou suporte procurado. Apenas uma profissional não ficou satisfeita com o suporte procurado (serviço policial).

Dentre as entrevistadas que gostariam de ter buscado algum serviço ou suporte frente à violência por outros agressores, seis (66,7%) apontaram o desejo pelo atendimento psicoterápico, duas gostariam de ter buscado o apoio da instituição de trabalho e uma queria ter acionado o serviço policial.

Os motivos identificados para a não-procura da psicoterapia foram falta de tempo (quatro relatos), também relatado na violência por familiares, e escassez de recursos financeiros (dois relatos), referida, igualmente, na VPI. Quanto à instituição de trabalho, identificou-se o medo de algum tipo de represália (dois relatos). Já para a dificuldade de buscar o serviço policial, o medo de retaliação por parte do agressor foi referido por uma entrevistada.

4.7 Sobreposição da violência por parceiro íntimo, por familiares e por outros agressores

No presente estudo, elevadas taxas de violência de gênero foram identificadas. Cento e sessenta (89,4%; IC_{95%}:83,9-93,5) profissionais referiram pelo menos uma forma de agressão na vida, seja por parceiros íntimos, familiares ou outros agressores. Apenas 19 (10,6%) mulheres não relataram nenhuma das formas de violência.

A sobreposição destas formas de violência evidenciou índices que das 112 mulheres que referiram algum tipo de VPI, 52 (46,4%) também reportaram alguma forma de violência por outros agressores e 51 (45,5%) relataram alguma agressão por familiares. Destaca-se que, de toda a amostra, 16 (8,9%) entrevistadas referiram todas as três violências. O detalhamento da sobreposição segue-se na Figura 5, a seguir:

Figura 5 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, que relataram VPI, violência por familiares ou violência por outros agressores, alguma vez na vida, e suas sobreposições - 2005/06 (n=179)

Legenda:

VFam: Violência por familiares

VO: Violência por outros

VPI: Violência por parceiros íntimos

4.8 Revelação da violência sexual antes dos 15 anos de idade

Utilizou-se uma cédula de preenchimento sigiloso e anônimo (Anexo 2) para minimizar a sub-informação acerca do abuso sexual antes dos 15 anos de idade, por qualquer agressor, geralmente de difícil relato (Jansen, 2005; WHO, 2005). Na cédula, era solicitado à entrevistada que assinalasse a face triste caso alguém a tivesse tocado sexualmente ou a forçado a alguma prática sexual contra sua vontade até seus 15 anos. De todas as entrevistadas, 81 (45,2%) responderam afirmativamente à questão, assinalando a face triste. Entretanto apenas 16 (9,0%) mulheres responderam afirmativamente, quando indagadas face a face, considerando as experiências vividas até a idade de 15 anos.

4.9 Percepção da violência vivida entre as profissionais de enfermagem

“Acho a pesquisa interessante, pois muitas de nós passamos por isso e não nos damos conta de que fomos agredidas” (enfermeira)

Anteriormente ao bloco de questões sobre violência e depois de todas as perguntas acerca desses eventos, indagou-se às entrevistadas se elas consideravam ter sofrido violência na vida. Tal método foi utilizado na tentativa de verificar a percepção da violência vivida e sua modificação durante a entrevista.

Primeiramente, quanto à taxa de resposta da segunda questão, encontrou-se que, das 160 (89,4%) entrevistadas que referiram algum ato de agressão, 109 (68,1%) responderam afirmativamente à questão sobre a percepção da violência vivida. Quanto à VPI (112; 63,3%), essa taxa de nomeação do vivido como violento foi de 71,4% (80). Para a violência por familiares (74; 41,3%) a nomeação foi de 78,4% (58). A violência por outros, aqui identificada em 82 (45,8%) entrevistas, foi reconhecida como tal por 56 (68,3%) profissionais. Logo, as agressões engendradas nas relações afetivo-sexuais, nas relações familiares e nas demais, não foram reconhecidas como violência por, respectivamente, 28,6%; 21,6% e 31,7% das profissionais.

Posteriormente, comparando-se as taxas de reposta das questões inicial e final sobre a percepção da vivência de violência na vida, tem-se que 13 (7,3%) mulheres passaram a perceber o vivido como violento, sendo 10 auxiliares/técnicas de enfermagem e três enfermeiras. Dentre essas profissionais as agressões reportadas foram: 15 relatos (respostas múltiplas) de VPI: quatro (30,8%) de violência psicológica, três (23,1%) de violência física e oito (61,5) de violência sexual. A violência por familiares esteve presente em 10 relatos (respostas múltiplas), sendo quatro (30,8%) de violência psicológica, cinco (38,5%) de violência física e uma (7,7%) de violência sexual. Quanto à violência por outros agressores (respostas múltiplas), sete (53,8%) mulheres revelaram violência psicológica, duas (15,7%) violência física e uma (7,7) reportou violência sexual.

Por outro lado, nove (5,0%) entrevistadas que haviam respondido afirmativamente à primeira questão sobre a percepção de violência, confirmando a vivência de violência em algum momento de suas vidas, desistiram de manter a nomeação do vivido como violento na segunda vez em que foram perguntadas, dentre elas, seis enfermeiras e três auxiliares/técnicas de enfermagem. Dentre essas mulheres houve cinco relatos (respostas múltiplas) de VPI: quatro (44,4 %) de violência psicológica e uma (11,1%) de violência física. A violência por familiares esteve presente em 6 relatos (respostas múltiplas), sendo três (33,3%) de violência psicológica e três (33,3%) de violência física. Para essas nove profissionais não houve relatos de violência sexual por parceiros íntimos ou familiares. Quanto à violência por outros agressores três (33,3%) mulheres revelaram violência psicológica e uma (11,1%) revelou violência sexual.

4.10 Medo de alguém próximo

A sensação de medo de alguém próximo mostrou-se presente para 26 (14,5%) entrevistadas (Tabela 41). Doze (6,7%) mulheres temem seus familiares (seis têm medo de seus pais ou padrastos), sete (3,9%) profissionais temem sua chefia de enfermagem, seis (3,3%) mulheres temem seus parceiros ou ex-parceiros e uma (0,6%) entrevistada reportou sentir medo de um vizinho (Tabela 42).

Tabela 41 - Revelação de medo de alguém próximo, pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)

Medo de alguém próximo	N	%
Sim	26	14,5
Não	153	85,5

Tabela 42 - Pessoa temida pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)

Pessoa temida	N	%
Familiares	12	6,7
Parceria	6	3,3
Vizinhos	1	0,6
Chefe enfermeira	7	3,9
Não tem medo	153	85,5

Não houve diferença estatisticamente significativa entre enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem quanto à sensação de medo de alguém próximo ($p>0,05$).

4.11 Agressão física pela entrevistada

A agressão física por parte da entrevistada também foi abordada neste estudo, como mostra a Tabela 43. De todo o grupo estudado, 47 (26,2%) mulheres já havia agredido alguém fisicamente, na vida. Parceiros e ex-parceiros foram apontados como alvo das agressões em 17 (9,4%) relatos, sendo a maior parte dessas agressões (12) justificadas pela reação a algum ato de agressão (Tabela 44), conforme codificação das explicações dadas pelas mulheres. Os motivos das agressões contra outras pessoas, que não parceiros íntimos, foram brigas com irmã, irmão e outros familiares

(15; 8,4%); desentendimento com conhecidos (10; 5,6%), colegas de trabalho (um; 0,6%), outros agressores (dois; 1,1%) e estresse causado pelos filhos (dois; 1,1%).

Tabela 43 - Agressão física a outrem, por parte das trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)

Agressão física a outrem	N	%	IC_{95%}
Sim	47	26,3	19,9-33,3
Não	132	73,7	

Tabela 44 - Pessoa agredida pelas trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/06 (n=179)

Pessoa agredida	N	%
Parceiro/ex-parceiro	17	9,4
Filhos	2	1,1
Irmão	8	4,5
Irmã	5	2,8
Outros familiares	2	1,1
Colega de trabalho	1	0,6
Conhecidos	10	5,6
Outros	2	1,1
Nunca agrediram ninguém	132	73,7

Quanto à revelação de agressão física a alguém, não houve diferença estatisticamente significativa, por referência às categorias profissionais ($p>0,05$).

4.12 Histórico de agressão entre os pais

As agressões entre os pais foram reveladas por 74 (41,3%) entrevistadas, conforme a Tabela 45:

Tabela 45 - Histórico de agressão entre os pais de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo -2005/06 (n=179*)

Agressão entre os pais	N	%	IC_{95%}
Sim	74	41,6	34,0-48,9
Não	104	58,4	

(*) Válido para 178 entrevistadas

A distribuição dos casos de violência entre os pais não apresentou diferença estatisticamente significativa entre enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem, conforme a Tabela 46 abaixo:

Tabela 46- Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo histórico de agressão entre os pais e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($\chi^2=0,2$ e $p=0,7$)	Agressão entre os pais			Total
	N	(%)	IC_{95%}	
Enfermeiras	22	44,0	30,0-58,9	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem*	52	40,6	32,0-49,6	128

(*) Válido para 178 entrevistadas

4.13 Experiências de violência nas relações de intimidade entre colegas de enfermagem

Das entrevistadas, 114 (63,7%) relataram conhecer alguma outra profissional de enfermagem que já tenha vivenciado ou ainda vivencie situações de violência por parceiros íntimos ou por familiares, como mostra a Tabela 47.

Tabela 47- Experiência de violência nas relações de intimidade entre colegas de enfermagem de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/2006 (n=179*).

Experiência de violência nas relações de intimidade por colegas de enfermagem	N	%	IC_{95%}
Sim	114	64,0	56,5-71,1
Não	64	35,9	

(*) Válido para 178 entrevistadas

Não houve diferença estatisticamente significativa por referência às categorias profissionais ($p>0,05$), de acordo com a tabela 48.

Tabela 48 - Distribuição da amostra de trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo, segundo experiência de violência nas relações de intimidade por colegas de enfermagem e categoria profissional - 2005/06 (n=179)

Categoria Profissional ($X^2=1,1$ e $p=0,3$)	Experiência de violência nas relações de intimidade por colegas de enfermagem			Total
	N	(%)	IC_{95%}	
Enfermeiras	35	70,0	55,4-82,1	50
Auxiliares e técnicas de enfermagem*	79	61,7	52,7-70,2	128

(*) Válido para 178 entrevistadas

4.14 Repercussão da aplicação do questionário para as profissionais entrevistadas

“Achei muito importante essa pesquisa. Para mim foi um momento de reflexão sobre tudo o que passo. Espero que essa pesquisa ajude muitas mulheres como eu” (técnica de enfermagem).

Ao final do instrumento de pesquisa, perguntou-se às entrevistadas como elas se sentiam após terem conversado sobre assuntos delicados e, muitas vezes, difíceis. A maioria, 148 (82,7%), referiu sentir-se bem/melhor, 23 (12,8%) mulheres verbalizaram indiferença e apenas cinco (2,8%) revelaram piora, como evidencia a Tabela 49. Dessas cinco profissionais, duas referiram VPI e violência por familiares, duas relataram VPI e violência por outros agressores e uma revelou algum episódio de violência, na vida, pelos três tipos de agressores.

Tabela 49 - Estado emocional, pós-entrevista, das trabalhadoras de enfermagem, de 20 a 59 anos, entrevistadas em um hospital geral do município de São Paulo - 2005/2006 (n=179*).

Estado emocional pós-entrevista	N	%
Bem/melhor	148	84,1
Mal/pior	5	2,8
Indiferente/não sei	23	13,1

(*) Válido para 176 entrevistadas

Logo, o momento da entrevista mostrou-se uma experiência positiva para a maior parte das profissionais.

Discussão

5 DISCUSSÃO

O presente estudo parece ser o primeiro no Brasil a tratar do tema “Violência de Gênero” entre mulheres profissionais de enfermagem, ao menos para os agravos cometidos por parceiros íntimos e familiares, até onde se sabe.

Neste estudo, apenas 19 mulheres não relataram nenhuma das expressões de violência questionadas. A violência nas relações de intimidade foi a mais freqüente, referida por mais de dois terços da amostra (75,4%; 135; IC_{95%}: 68,4-81,5), sendo a violência por parceiros íntimos (VPI) referida por 63,7% (112; IC_{95%}: 55,7-70,4) das entrevistadas enquanto a violência por familiares foi relatada por 41,3% (74; IC_{95%}: 34,0-48,9) delas.

A violência por outros agressores também foi bastante importante, sendo referida por quase metade das mulheres entrevistadas (45,8%; 82; IC_{95%}:38,3-53,4). Entretanto, contrariando, talvez, uma percepção coletiva de que mulheres sejam agredidas, maiormente, por pessoas desconhecidas, neste estudo, a violência cometida por agressores estranhos foi residual (18; 11,2%). Desse modo, os dados encontrados reforçaram outros estudos no sentido de que os maiores agressores das mulheres parecem ser pessoas íntimas (Heise et al., 1999; WHO, 2005).

Faz-se necessário levantar alguns limites e potencialidades deste trabalho, especialmente quando se considera a elevada ocorrência de violência encontrada.

Para analisar a validade de um estudo, Szklo & Nieto (2007) pontuam quatro importantes aspectos a serem analisados sobre a identificação e

compreensão de possíveis erros, desde a escolha do desenho até a própria condução do estudo. Seriam eles: viés de seleção, viés de informação, viés de confusão e de publicação. Na presente pesquisa, em função da proposta de trabalho desenvolvida, tecer-se-á uma análise sobre os dois primeiros aspectos sugeridos.

A representatividade da amostra estudada frente ao universo pesquisado (hospital geral) apresentou alguns limites. O hospital não possuía informações sistematizadas e atualizadas sobre idade, escolaridade e demais características sociodemográficas de suas profissionais. Inclusive, o estudo proporcionou, também, essa contribuição para a instituição: traçar um perfil sociodemográfico de suas trabalhadoras. Por outro lado, a técnica aleatória estratificada proporcional permitiu uma amostra que contemplou todos os setores da instituição pesquisada e também garantiu a proporcionalidade das categorias profissionais envolvidas, minimizando o viés de seleção.

Ressalta-se que a exclusão das profissionais em licença médica maior que 15 dias pode ter ocasionado uma redução das freqüências de violência aqui encontradas, já que essas profissionais, em tese, teriam maior probabilidade de sofrer violência pelo histórico de problemas de saúde (Giffin, 1994; Heise et al., 1999; UNICEF, 2000; Campbell, 2002; García-Moreno & Heise, 2002). No entanto, tais exclusões foram necessárias à realização da pesquisa.

O desenho transversal escolhido para o estudo atendeu à proposta de estimar a ocorrência de violência de gênero entre profissionais de

enfermagem, embora não seja um desenho que permita a identificação de causalidade por pesquisar, ao mesmo tempo, exposição e desfecho (Medronho, 2004).

A taxa de resposta do presente estudo foi de 95,7%, considerada elevada, pois encontra-se entre as maiores taxas, especificamente entre profissionais de enfermagem: Christofides & Silo (2005) obtiveram taxa de 52,0%, Díaz-Olavarrieta et al., (2001) 92,0% e Janssen et al. (1998) 99,5%. É importante salientar que toda a equipe supervisora de enfermagem da instituição pesquisada contribuiu muito para essa alta taxa de resposta, permitindo que as profissionais sorteadas para a pesquisa se ausentassem de suas atividades assistenciais para a entrevista. Ratifica-se, assim, a importância de se abordar a questão entre as profissionais de enfermagem, ao menos, para possibilitar um momento de reflexão sobre as experiências de violência vividas. Também, destaca-se a importância do contato prévio e boa comunicação com a supervisão do local do estudo para o êxito da realização de pesquisas em serviço.

Quanto ao viés de informação, particularmente na temática da violência contra a mulher, há que se considerar a subjetividade da definição de violência, principalmente da psicológica, e também o viés de revelação. Em relação à subjetividade, sabe-se que a violência, especialmente a de ordem psicológica, tem um caráter polissêmico, podendo assumir diferentes significados a depender do contexto cultural de um determinado grupo social (Krug et al., 2002). Frente a isso, tomou-se o cuidado de indagar as entrevistadas objetivamente sobre todas as formas de violência, através de

situações e atos concretos, recomendados por Ellsberg et al. (1999), além de se utilizar um questionário adaptado culturalmente.

Quanto à revelação, estudos apontam a sub-informação e o conseqüente sub-registro das experiências de violência nas relações de intimidade, decorrentes, principalmente, pela vergonha e medo gerados (Heise et al., 1999). A sub-informação é ainda mais acentuada no que tange à violência sexual na infância, sendo sugerido pela literatura o uso de cédulas anônimas de auto-preenchimento (Jansen, 2005).

Nesse sentido, foram tomados alguns cuidados metodológicos e éticos, em grande parte, apontados por Ellsberg et al. (1999) e WHO (2003) como necessários à abordagem da mulher em situação de violência, a fim de minorar o viés de revelação. Dentre eles, tem-se: entrevistadoras treinadas e envolvidas com o tema; aplicação de estudo piloto e averiguação da melhor forma de entrevista; uso de cédulas anônimas e de auto-preenchimento sobre violência sexual na infância; anonimato das entrevistadas; privacidade durante as entrevistas e possibilidade de desligamento da pesquisa, pela entrevistada, a qualquer momento. Dessa forma, mesmo em face à dificuldade que perpassa a revelação das formas de violência, obtiveram-se, neste trabalho, dados notórios.

Visto que falar de experiências íntimas dolorosas gera, freqüentemente, sofrimento, foi disponibilizado suporte profissional a fim de acolher possíveis demandas das entrevistadas. Também, para as entrevistadoras, houve uma supervisão contínua frente aos possíveis impactos gerados ao lidar com experiências complexas e dolorosas de vida.

Como no presente estudo argüiu-se sobre experiências de violência recente e também na vida, considera-se também o viés de memória que, mesmo diante de uma taxa elevada de revelação, pode ter contribuído para um sub-registro das experiências de violência, principalmente para aquelas que vivenciaram, há muito tempo, experiências menos graves de agressão.

Apesar de a desigualdade de gênero parecer democraticamente distribuída em todo o Mundo (Saltzman et al., 2000; Gelles, 2000), adverte-se que os dados aqui encontrados não devem ser generalizados para as mulheres profissionais de enfermagem. As possíveis inferências devem guardar relação com a população do hospital pesquisado, circunscrita a um contexto social específico.

5.1 Violência nas relações de intimidade

Entre as profissionais estudadas, a VPI foi freqüente (112; 62,6%), predominantemente grave e repetitiva. Ainda que uma parte importante dos episódios tenha ocorrido há mais de 12 meses, ou seja, não tão recentes, a literatura aponta que as conseqüências da violência podem perdurar por muitos anos (Ellsberg, 1999).

Dentre as mulheres que relataram algum tipo de VPI, uma parcela menor (36,0%,40) referiu agressões de maneira exclusiva, sendo expressiva a violência psicológica em detrimento da violência física e sexual. Esses dados concordam com a literatura no sentido de que as formas exclusivas de violência física e sexual são mais raras, em contraste com a violência psicológica exclusiva, mais freqüente, e referida em nosso estudo por 34

(19,2%) mulheres (UNICEF, 2000; Ellsberg et al., 2000 e Kronbauer & Meneghel, 2005).

Faz-se importante, porém, visibilizar os agravos de ordem psicológica, pois eles podem estar associados a problemas de saúde mental, emocional e, até mesmo, física (Ellsberg et al., 2001; Campbell, 2002). Em nosso estudo, os agravos mais graves (intimidação e ameaça) foram também repetitivos, chamando a atenção para as conseqüências à saúde, que tendem a ser maiores conforme a gravidade e repetitividade dos episódios (Heise et al., 1999; Saltzman et al., 2000; García-Moreno & Heise, 2002; Porto et al, 2003; Castro e Riquer, 2003).

Os episódios de violência física foram graves para 18,1% (32) das entrevistadas, salientando que 23 (13,0%) mulheres referiram uso ou ameaça de uso de arma de fogo pelo parceiro íntimo. Atenta-se, aqui, para conseqüências importantes à saúde física da mulher agredida, como dores crônicas de cabeça e abdominais, distúrbios de sono e da alimentação, artrite, hipertensão e doenças cardíacas (Heise, 1994 e Giffin, 1994).

A saúde sexual e reprodutiva dessas profissionais também se mostrou em risco, especialmente para aquelas que revelaram sofrer ou já ter sofrido as três expressões de agressão sexual (12,3%, 22). Essa situação apresenta-se delicada e preocupante à medida que expõe a mulher à transmissão de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) por sexo forçado e sem proteção, infecções ginecológicas, gravidez indesejada e demais agravos (Parsons et al., 2000; Wingood et al., 2000 e Campbell, 2002).

As taxas de VPI (VP=59,3%, 105, IC_{95%}:51,7-66,6 / VF=33,3%, 59, IC_{95%}: 26,4-40,8 / VS=28,2%, 50, IC_{95%}:21,7-35,5 / VFS=44,1%, 78, IC_{95%}=26,4-40,8) encontradas, neste estudo, mostraram-se consistentes, apresentando-se semelhantes e, por vezes, maiores que outros estudos nacionais e internacionais descritos a seguir, consideradas suas diferenças metodológicas.

A frequência de VFS (44,1%) superou o dobro do esperado em relação à estimativa de prevalência utilizada presentemente, referente a 18,0% de VFS entre enfermeiras mexicanas pesquisadas por Díaz-Olavarrieta et al. (2001) e também em relação às mulheres paulistas pesquisadas por Schraiber et al. (2002a) em estudo de base populacional, que apresentaram taxa de 20,5% para a VFS.

Também, a taxa de VFS mostrou-se, inclusive, próxima do maior índice encontrado por García-Moreno et al, (2006) em estudo multicêntrico realizado pela OMS. As taxas de VFS encontradas variaram de 15,4% no Japão a 53,4% em Bangladesh, entre mulheres com faixa etária 15 a 49 anos, de grande centro urbano. Esses dados demonstram a democrática distribuição da VPI, perpassando culturas e classes sociais diversas (Saltzman et al., 2000; Gelles, 2000).

A VPI, de forma geral, quando contrastada com estudos brasileiros, mostrou-se com frequências mais altas que estudos de caráter populacional e até pesquisas em serviços públicos de saúde.

Primeiramente, quanto aos serviços de saúde, Schraiber et al. (2002b) encontraram taxas mais discretas para a violência psicológica

(36,3%), violência física (18,3%) e violência sexual (6,2%) entre usuárias de serviço de atenção primária à saúde, do município de São Paulo (SP). Em contraste com outro estudo realizado por Schraiber et al. (2007a), também entre usuárias de serviços de saúde, no qual a VFS foi identificada em 45,3% da amostra, as profissionais de enfermagem apresentaram taxa muito semelhante (44,1%).

Em Porto Alegre (RS), Kronbauer & Meneghel (2005), igualmente em serviço de saúde, encontraram taxa semelhante para a violência psicológica (55,0%) e bem menor para a violência sexual (8%). Já a violência física encontrada foi um pouco maior (38,0%), nesse estudo.

Ainda em serviços de saúde, Marinheiro et al. (2006) identificaram taxas, também menores, de violência psicológica (41,5%), física (26,4%) e sexual (9,8%), em Ribeirão Preto (SP).

Esses achados mostraram-se, sem dúvida, interessantes e muito preocupantes. Estudos em serviços públicos de saúde tendem a fornecer freqüências maiores de VPI por pesquisarem populações, predominantemente, menos escolarizadas, que apresentam queixas de saúde, podendo ser, inclusive, possíveis conseqüências da VPI. Entretanto, as freqüências de violência psicológica, física e sexual, entre as profissionais de enfermagem foram freqüentemente maiores, salientando as semelhanças (desenho transversal e instrumento, quase sempre, semelhante) e diferenças metodológicas entre eles (população menos escolarizada e mulheres com queixas de saúde).

Quanto aos estudos base populacional, a revelação de VPI entre as profissionais de enfermagem também ganhou destaque.

Schraiber et al. (2007b) encontraram, em uma amostra representativa de mulheres do município de São Paulo, freqüências de 41,8% para a violência psicológica, 27,2% para a violência física e 10,1% para a violência sexual. Ainda sobre esse estudo, se analisadas as taxas de violência psicológica, física e sexual, especificamente para mulheres paulistas com escolaridade igual ou superior a 11 anos de estudo (41,4%), tem-se 36,4% de revelação para a violência psicológica e 20,0% para a violência física e 6,2% para a violência sexual (Schraiber et al., 2002a). Dessa forma, as profissionais de enfermagem, que possuem ensino médio completo em sua esmagadora maioria (apenas 4 não completaram esse nível de escolaridade), apresentaram freqüências mais altas que as mulheres da população da cidade de São Paulo, mesmo entre aquelas com escolaridade próxima.

Em uma amostra representativa da população brasileira, Venturi et al. (2004) encontraram taxas menores de violência psicológica (27,0%) e violência sexual (13,0%). Diferentemente, a violência física foi equivalente à taxa ora encontrada, ou seja, de 33,0%.

Reichenreim et al. (2006), também entre amostra de 6.760 mulheres, representativa de 15 capitais brasileiras, identificaram taxa de violência física por parceiro íntimo muito aquém da encontrada neste estudo, equivalente a 12,2%.

Assim, por referência aos estudos populacionais de Venturi et al. (2004), Reichenreim et al. (2006) e Schraiber et al. (2007b) verifica-se uma maior ocorrência de VPI entre as profissionais de enfermagem. Surpreendentemente, mesmo em contraste com estudos em serviços públicos de saúde (Schraiber et al, 2002b; Kronbauer & Meneghel, 2005 e Marinheiro et al., 2006), nos quais se esperariam taxas mais altas, são notáveis os índices de VPI encontrados entre as profissionais de enfermagem.

A princípio, o que, à primeira vista, poderia protegê-las como um nível mais alto de escolaridade, escolaridade igual ao parceiro (50,3%), chefia da família exclusiva ou compartilhada (60,9%), ou seja, relações com maior potencial de simetria de poder, não pareceu ter o efeito protetor esperado.

Uma possível explicação para esse fato é que um maior poder da mulher comparado ao homem, em relações afetivo-sexuais contextualizadas, culturalmente, na desigualdade de gênero pode colocá-la em maior risco. Segundo Jewkes et al. (2002); UNICEF (2002) e WHO (2005), a maior autonomia da mulher, assentada, predominantemente, na escolaridade e trabalho, ameaça a hierarquia tradicional de gênero, na qual o homem detém maior poder que a mulher. Nesse sentido, estudos apontam que a ruptura de padrões tradicionais de gênero pode recrudescer a violência, como forma de restabelecimento da hierarquia tradicional (Saffioti, 2004; Couto & Schraiber, 2005); o que parece explicar em parte nossos achados.

Especificamente, quando analisada a frequência de VPI internamente aos estratos de enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem, verificou-se que o segundo grupo apresentou-se mais vulnerável à VPI ($p=0,005$).

Ainda assim, os episódios de VPI assumiram proporção importante entre as enfermeiras, pois quase metade dessas profissionais (46,9%) referiu agressão psicológica, física ou sexual por seus parceiros, alguma vez na vida.

Para ambos os estratos, a agressão entre os pais foi freqüente e, de acordo com Heise et al. (1999), UNICEF (2000) e WHO (2005) tal fato pode contribuir para a violência na vida adulta.

A maior vulnerabilidade de auxiliares/técnicas de enfermagem para a VPI talvez ocorra por serem relações afetivo-sexuais nas quais já há uma possibilidade de argüição da hierarquia tradicional de gênero, mas ainda não de simetria. Alguns estudos argumentam que uma escolaridade mediana favorece um maior questionamento de relações afetivo/sexuais assentadas na hierarquia tradicional de gênero (Jewkes et al., 2002; WHO, 2005). Salienta-se que o exercício do controle e da violência pode representar uma tentativa, pelo parceiro, de restabelecimento dessa hierarquia (Saffioti & Almeida, 1995).

Talvez, a posição profissional das enfermeiras e a graduação, de alguma forma, tornem as relações afetivo/sexuais menos assimétricas. As auxiliares/técnicas de enfermagem, como visto, não são protegidas por sua situação de trabalho no que tange às relações de intimidade. Ao contrário, estar trabalhando, ser chefe ou compartilhar a chefia do domicílio são fatores

que podem contribuir para tensionar as relações marcadamente hierárquicas, acarretando mais violência que emancipação, ao menos para esse grupo profissional.

Quando contrastadas aos poucos estudos, todos internacionais, acerca das experiências de VPI especificamente entre profissionais de enfermagem, verificam-se taxas de violência, freqüentemente, maiores para as profissionais paulistas.

Em estudo canadense, identificou-se que 38,0% das enfermeiras já haviam sofrido alguma forma de VPI, sendo as taxas de violência psicológica, física e sexual na vida, respectivamente, 26,9%; 14,6% e 8,1% (Janssen et al., 1998). Enfermeiras paulistas apresentaram, em relação às canadenses, freqüências bem maiores para a violência psicológica (45,0%; 22) e sexual (14,3%; 7) e taxa pouco menor para a violência física por parceiros íntimos (12,2%; 6). As autoras do estudo canadense ressaltaram que a freqüência de VPI entre as enfermeiras pesquisadas superou a vivência de tal violência entre mulheres canadenses da população geral, cuja taxa foi de 29,0%. Atenta-se para o fato de, tanto no Canadá quanto neste estudo, a prevalência de VPI ter sido maior que a taxa referente à população geral de mulheres dos respectivos países, ressalvadas as diferenças sócio-culturais e o fato de Jansen et al. (1998) terem pesquisado somente as profissionais graduadas.

Um outro estudo, com um perfil profissional similar ao aqui apresentado, identificou, entre 1150 enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem, taxas de 40,0% para a violência psicológica e 14,0% de VFS

(Díaz-Olavarrieta et al., 2001). Em especial para a VFS, as profissionais paulistas apresentaram três vezes mais violência (44,1%). Ressalta-se que as amostras de ambos os estudos foram proporcionais, sendo o estudo mexicano constituído por 24,6% enfermeiras e 75,4% profissionais de nível técnico, ao passo que o presente trabalho é composto por 27,9% (50) enfermeiras e 72,1 (129) auxiliares e técnicas de enfermagem.

Reitera-se que a sub-informação da VPI é comum por se tratar de um tema de difícil abordagem, gerador de constrangimento e vergonha (Sugg et al., 2000; Jansen, 2005). Talvez, para o presente estudo, os extensos cuidados metodológicos e éticos tomados, incluindo o fato de ser uma enfermeira a coletar a maior parte das entrevistas, tenham possibilitado uma maior taxa de revelação (Ellsberg et al., 1999; WHO, 2003).

Ressalta-se que as pesquisas realizadas no México e Canadá utilizaram o auto-preenchimento de questionários, enquanto, no presente trabalho, empregou-se a técnica face a face. Ainda, em relação ao México, alguns estudos pontuam o conservadorismo acerca do casamento e a omissão das mulheres em rompê-lo, mesmo quando vivem situações de violência conjugal, devido ao medo de retaliações sociais (Namino & Halperin, 1996; Altamirano, 2000; Instituto Nacional de Estatística Geográfica e Informática-INEGI, 2003, Casique-Casique, 2004). Assim, as mulheres mexicanas poderiam apresentar maior dificuldade em verbalizar a situação de violência.

De forma geral, em relação à VPI, apesar de 70,1% de toda a amostra ter referido uma boa comunicação com seus parceiros, brigas e

comportamentos controladores estiveram presentes em, respectivamente, 32,8% e 50,3% dos relatos. Destaca-se que os comportamentos controladores de “*insistir em saber onde está o tempo todo*” e “*ficar zangado se ela conversa com outro homem*” não tiveram um sentido negativo para todas as entrevistadas. Não raro, durante o trabalho de campo, foi percebido pela entrevistadora esse fato, já que a resposta positiva a essas questões, freqüentemente, era acompanhada de expressões de orgulho ou de aprovação desse tipo de atitude, identificada como cuidado e interesse. Observou-se, portanto, certa naturalização de padrões tradicionais de gênero, impressa nas falas de algumas mulheres que demonstraram associar controle com cuidado e amor.

Para a mulher profissional de saúde, que lida com outros profissionais homens e mulheres, um parceiro afetivo-sexual que reprove conversas com pessoas de outro sexo ou insista em saber onde ela está o tempo todo, pode ser claramente fonte de conflito. Essa situação pode ser ainda mais preocupante, sobretudo, porque algumas mulheres percebem essa atitude não como violação de direito, mas como cuidado. Esses dados, assim como as freqüências de VPI já descritas, também reforçam o fato de que, mesmo em camadas sociais com maior escolaridade e renda, as relações de gênero comportam hierarquia e controle do homem sobre a mulher. Particularmente, entre os grupos profissionais, observou-se que auxiliares/técnicas referiram mais comportamentos controladores por seus parceiros do que enfermeiras ($p=0,03$).

Os episódios de VPI foram menos freqüentes no último ano (período de até 12 meses antes da entrevista) em nosso estudo e também no estudo de Schraiber et al. (2007b). Tal fato pode ser explicado por uma real superação da situação de violência vivida ou por uma maior dificuldade de revelação de episódios atuais de violência. Em outros países, como em Bangladesh, a violência recente é percentualmente maior (58,0%), segundo WHO (2005). Tal fato pode se dever a uma cultura de maior permanência nas relações conjugais e menor acesso a mecanismos de separação e divórcio.

Ainda, no âmbito da violência nas relações de intimidade, a violência por familiares também foi freqüente (41,3%, 74), embora um pouco menos expressiva que a VPI. As agressões não foram recentes e apresentaram-se repetitivas, especialmente para violência física e sexual.

As taxas de violência psicológica (30,2%; 54) e física (23,5%; 42) por familiares, encontradas entre as profissionais de enfermagem paulistas, assemelharam-se às encontradas por Schraiber et al. (2002b) em serviços de atenção primária, sendo 35,7% (115) e 20,2% (65), respectivamente. No entanto, a violência sexual por familiares foi mais acentuada entre as profissionais de enfermagem (9,5%; 17) quando em contraste com o estudo supracitado, um dos poucos acerca da violência por familiares, que identificou taxa de violência sexual de 0,9% (3).

A violência por familiar, no presente estudo, foi perpetrada predominantemente por homens. Pai e/ou irmãos (homens) foram os agressores mais indicados para a violência psicológica (37,0%, 20) e física

(57,1%, 24) e outros membros masculinos da família para a violência sexual (58,8%; 10). A importante participação masculina na violência engendrada contra a mulher também é apontada em outras pesquisas e reforça a percepção de que essa violência é de gênero, por serem os homens, freqüentes agressores nas relações intra-familiares e as mulheres suas principais vítimas (Brasil, 2002; Watts & Zimmerman, 2002; WHO, 2005).

5.2 Violência por outros agressores

Os índices da violência perpetrada por outros agressores (não-parceiros íntimos e familiares) foram expressivos, representando a segunda maior taxa de violência nesse estudo (45,8%). Trinta e oito por cento (68) da amostra reportaram agressão psicológica, 10,6% (19) referiram violência física e 3,9% (7) revelaram violência sexual.

Verificou-se que o ambiente de trabalho foi o principal *locus* da violência psicológica e física cometida por outros agressores, majoritariamente, pacientes/acompanhantes, colegas de trabalho da área da saúde, estranhos e chefia de enfermagem. O perfil das formas de violência no trabalho mostrou-se semelhante ao de outros estudos realizados no Brasil e internacionalmente (Moreno, 2004; Gerberich et al., 2004; Cezar & Marziale, 2006). Segundo esses autores, observa-se que a violência psicológica também é a mais freqüente.

As taxas de violência entre as profissionais de enfermagem mostraram-se menores, principalmente para a violência física e sexual, quando comparadas a maior parte dos estudos ora tomados por referência,

também no âmbito do trabalho que parece ser o campo de relações sociais mais estudado, ao menos para os profissionais de enfermagem.

Atenta-se para as diferenças na composição da amostra, especialmente a presença de profissionais de enfermagem do sexo masculino nos estudos encontrados que tratam do tema e para o uso de instrumentos especialmente elaborados para a pesquisa de violência no ambiente profissional.

Desse modo, no Brasil, dentre os poucos trabalhos realizados acerca da vivência pessoal de violência entre profissionais de enfermagem, destacam-se dois estudos. O primeiro de corte transversal e abordagem quantitativa pesquisou 33 profissionais de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) e 14 médicos em um hospital geral de Londrina (PR) (Cezar & Marziale, 2006). As autoras encontraram que todos os enfermeiros, 88,9% dos técnicos de enfermagem, 88,2% dos auxiliares de enfermagem e 85,7% dos médicos relataram algum tipo de violência no ambiente de trabalho. Entre os trabalhadores que referiram algum tipo de agravo, 55,3% eram homens e 44,7% eram mulheres. Particularmente entre os profissionais de enfermagem, foram encontradas taxas de 93,3% para agressão verbal e 16,7% para agressão física. Os agressores, para toda a amostra, foram pacientes (57,1%) e acompanhantes (54,8%). As autoras elaboraram roteiro próprio de perguntas e também utilizaram o *workplace violence check-list* dado pela *Occupational Safety and Health Administration* – OSHA (2004).

A segunda pesquisa, realizada entre 269 profissionais de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) de cinco centros de saúde e em um hospital de Campinas (SP), evidenciou que 87,7% dos profissionais foram vítimas de agressão verbal e 42,7% sofreram algum tipo de ameaça no trabalho (Moreno, 2004). Dentre os principais agressores, também foram identificados pacientes/acompanhantes (48,5%) e colegas de trabalho (25,6%). A autora ainda encontrou que mulheres reportaram mais episódios de violência que os homens.

Internacionalmente, alguns pesquisadores têm demonstrado preocupação com tal questão. Gerberich et al. (2004) realizaram um estudo populacional, de coorte, entre 4918 enfermeiros do estado de Minnesota (EUA). Considerando que 96,0% da amostra era constituída por mulheres, os pesquisadores encontraram que 58,0% dos profissionais haviam sofrido algum episódio de violência psicológica e 9,7% revelaram agressão física. Os pacientes foram os agressores em 90,0% dos episódios de agressão física e em 67% dos casos de violência psicológica. Para essa última forma de violência, médicos, acompanhantes, demais colegas de trabalho, supervisores de enfermagem e administradores da instituição foram nomeados como agressores. O instrumento de coleta de dados utilizado foi específico para a violência no trabalho, criado e validado pelos próprios autores.

Estudiosos concordam que os profissionais de enfermagem encontram-se especialmente expostos à violência no ambiente de trabalho, sobretudo em serviços hospitalares (Arnetz et al., 1998; May & Grubbs,

2002; Love & Morrison, 2003; McPhaul & Lipscomb, 2004). Esses autores destacam que a atuação de forma direta e contínua frente aos pacientes e a composição majoritária de mulheres na enfermagem, talvez sejam fatores que contribuam para um maior risco de agressão.

Há ainda uma preocupação quanto às conseqüências desse tipo de agravo na vida do profissional de enfermagem. Lin & Liu (2005) e Nolan et al. (2001) sugerem uma possível relação entre a vivência de violência no ambiente de trabalho e baixo nível de auto-estima, menor satisfação no trabalho, queda da produtividade, impacto na saúde mental e física, aumento do absenteísmo (ausência das atividades laborais) e até mesmo a reconsideração da profissão.

5.3 Verbalização e busca de ajuda frente aos agravos vividos

A verbalização do abuso e a busca de ajuda frente à violência sofrida pelas profissionais de enfermagem mostraram-se tímidas.

Apenas 52,2% das entrevistadas que relataram algum tipo de VPI, verbalizaram as agressões a outras pessoas.

A busca de ajuda/suporte foi baixa, representada por 29,7% na VPI; 20,3% na violência por familiares e 29,3% na violência por outros agressores. Para a VPI, os dados mostraram que, quando a violência psicológica, física e sexual estão conjugadas, a busca por ajuda é maior. Esse achado concorda com outros estudos que consideram que a gravidade e o número dos atos de violência poderiam desencadear a busca por suporte (OMS, 2000; Schraiber et al., 2005).

Medo, vergonha da situação vivida e falta de tempo para procura de suporte psicológico foram os motivos mais referidos para a desistência do apoio terapêutico nos três tipos de violência indagados, como também apontam Ellsberg et al. (1998), OMS (2000), Brasil (2002), Campbell & Walton-Moss (2002). Mesmo em se tratando de mulheres economicamente ativas, o estudo identificou um outro fator obstaculizador da procura por ajuda, expresso pelas profissionais entrevistadas: a limitação financeira frente aos custos de tratamentos psicoterápicos privados. Com efeito, sabe-se que existem poucos serviços públicos preparados para oferecer um atendimento gratuito ou menos dispendioso à demanda gerada pela violência, particularmente a engendrada nas relações de intimidade. Além desses fatores, o medo de retaliação do agressor e de represália da instituição de trabalho foram motivos referidos pelas entrevistadas que gostariam de ter buscado o suporte policial e daquelas que haviam sofrido algum tipo de violência nas relações de trabalho, respectivamente. Para a OMS (2000), a busca de ajuda também é inibida pela baixa perspectiva de mudança da situação vivida e naturalização da violência.

Diferentemente dos dados aqui encontrados, Bruschi et al. (2006), ao pesquisarem a prevalência e a busca de ajuda relativas à violência física conjugal entre 86 mulheres, de 20 a 49 anos, do município de Embu (SP), encontraram que 29 mulheres foram agredidas fisicamente e apenas 27,6% (8) delas não buscaram nenhum suporte ou ajuda. Familiares das vítimas e de seus parceiros foram os mais procurados, respectivamente, por 48,3% e 27,6% das mulheres agredidas. O apoio institucional policial foi escolhido por

24,1% das mulheres e o suporte psiquiátrico por 3,4% delas. Destaca-se que 86,0% (74) das entrevistadas tinham até 7 anos de estudo somente e 52,3% não estavam realizando trabalhos remunerados no momento da entrevista.

Considerando algumas proximidades metodológicas de ambos os estudos, como o desenho, a temática abordada e a faixa etária semelhante, observa-se o quanto as experiências de violência, particularmente a VPI, parecem de difícil manejo e revelação, principalmente por mulheres mais escolarizadas e economicamente ativas. Esses fatores podem concorrer para um maior constrangimento na revelação de situações de abuso e efetiva busca de ajuda pelas profissionais de enfermagem.

Faz-se importante destacar que, seja pelo medo, vergonha, falta de tempo ou a própria naturalização da violência vivida, apenas três profissionais solicitaram o suporte disponibilizado pela pesquisa e compareceram, efetivamente, ao serviço. Tal serviço de referência foi composto de escuta, orientação e encaminhamento para atenção médica, psicológica e jurídica.

Além da dificuldade de revelação e busca de ajuda, 14,5% das profissionais referiram medo de alguém próximo a elas, identificando-se familiares (12), parceiros íntimos (6) e chefias (7), considerando respostas múltiplas.

Os baixos índices de revelação e de busca de ajuda encontrados denotam a necessidade de um cuidado especial a essas profissionais, seja em face à sua saúde ou à qualidade da assistência prestada. Esses fatos anunciam a necessidade de ações específicas para o trabalho de supervisão

da equipe de enfermagem no cenário laboral e atenção para as relações interpessoais em contexto de hierarquia.

5.4 Violência sexual na infância e histórico de violência entre os pais

Os achados deste estudo evidenciaram que o abuso sexual na infância entre as profissionais pesquisadas foi muito freqüente, tendo sido revelado por 45,2% (81) delas, mediante uso de cédulas de auto-preenchimento e anônimas. Esse procedimento maximizou a revelação dessa agressão cerca de 5 vezes frente à pergunta face a face (9,0%; 16) que, por sua vez, permitiu identificar pai e membros masculinos da família como os principais agressores. A forma como a questão foi indagada: “Se alguém, alguma vez a tocou sexualmente ou a obrigou a uma atividade sexual quando ela não queria antes de completar 15 anos” pode ter colaborado para essa elevada taxa, por oferecer um sentido mais amplo e subjetivo.

Esses dados corroboram os estudos de Jansen (2005) e García-Moreno et al. (2006) que valorizam o uso de cédulas anônimas a fim de minimizar a sub-informação do agravo vivido.

Mesmo assim, ressalta-se ser muito grave que quase metade das profissionais estudadas tenha referido esse tipo de agravo, considerando que membros masculinos da família foram os principais agressores e que a situação relatada tenha sido percebida pelas mulheres como constrangimento e abuso. Além disso, considera-se que uma resposta

positiva na ausência do evento não seria esperada em razão do estigma associado a essa violência (Jansen, 2005).

Além da elevada taxa de violência sexual na infância encontrada neste estudo, identificou-se também uma frequência importante de relatos acerca da violência entre os pais das entrevistadas (41,3%, 74). Segundo Holz (1994), Draucker (1995) e Heise et al. (1999), tanto a vivência própria de violência na infância quanto a violência entre os pais podem predispor à vivência futura de relações afetivo-sexuais conflituosas e violentas, reiterando-se ciclicamente a violência.

5.5 Reconhecimento do vivido como violento

O não reconhecimento do vivido como violento variou de 21,6% para a violência por familiares a 31,7% para a violência por outros agressores. Particularmente nas relações de intimidade, o não reconhecimento da violência psicológica se destaca frente às outras agressões, não sendo reconhecida como tal por 27,7% das entrevistadas que referiram ter vivenciado algum de seus atos, na vida.

Particularmente para a violência cometida por parceiro íntimos e familiares que, segundo Saffioti & Almeida (1995) e Saffioti (2004), representa, para muitos homens uma forma de manter ou restabelecer a hierarquia de gênero, o uso cotidiano da violência, tanto na infância pelos familiares mais próximos quanto na vida adulta pelos parceiros, pode ter contribuído para a naturalização e banalização da violência na amostra pesquisada.

A percepção da violência de gênero abordada neste estudo foi maximizada no decorrer da entrevista. Treze mulheres passaram a reconhecer o vivido como violento a partir da entrevista realizada. Isso pode refletir a naturalização de padrões desiguais de gênero na qual, muitas vezes, a mulher não nomeia atitudes que a desqualifiquem enquanto sujeito da relação, como intimidação, ameaças verbais, xingamentos, como sendo de fato uma violência.

Acredita-se que, ao menos, para essas 13 profissionais, a própria aplicação do questionário representou uma primeira forma de intervenção, possibilitando uma reflexão sobre as experiências vividas, muitas vezes adormecidas. Já para aquelas que não mantiveram a percepção de violência frente ao agravo referido (9), atenta-se para o impacto gerado ao serem interpeladas sobre atos de violência física e, principalmente, sexual, quando, de fato, os agravos vividos eram, predominantemente, de natureza psicológica e, possivelmente, menos impactantes que os primeiros.

Além das altas taxas de violência de gênero encontradas neste estudo, 114 (63,7%) entrevistadas afirmaram conhecer, pelo menos, uma colega de trabalho que também já tenha vivenciado algum episódio de violência por parceiros ou familiares. Esses dados indicam que a violência de gênero inscrita nas relações de intimidade das profissionais de enfermagem é uma situação bastante comum, reforçando a importância de se visibilizar e direcionar essa questão, também, no ambiente de trabalho, acolhendo, encaminhando e capacitando as profissionais de saúde.

Ressalta-se, ainda, que houve uma considerável sobreposição de agressores nos episódios de violência relatados: 29,0% das mulheres agredidas relataram VPI e violência por outros e 8,9% das entrevistadas relataram VPI, violência por familiares e por outros agressores. Essas múltiplas agressões devem ter conseqüências graves e precisam ser consideradas na supervisão, especialmente no que tange à qualidade das relações no ambiente de trabalho. Desse modo, as profissionais de enfermagem mostram-se submetidas à violência tanto no espaço privado quanto no público, encontrando-se em uma dupla subordinação: a de gênero e a profissional.

Verificou-se que as profissionais de enfermagem entrevistadas não são apenas alvo de agressão; o relato de agressão física contra parceiros ou ex-parceiros esteve presente em (8,9%), mas foi acentuadamente menor que os agravos vividos por elas, sendo essa agressão justificada, em maior parte (75,0%), como reação a atos violentos (revide). Esses dados concordam com Heise (1994) e Saffioti (2004) no sentido de que a violência afetivo-sexual parte, freqüentemente, dos parceiros em direção às mulheres.

O momento da entrevista mostrou-se muito importante para que as profissionais pudessem refletir sobre as experiências vividas, freqüentemente, intocadas e muito bem guardadas. Sentiram-se melhor ao término da entrevista 82,7% das entrevistadas e apenas 2,8% relataram piora. Esse resultado demonstra a importância dos cuidados éticos tomados e, ao mesmo tempo, o quanto falar dessas experiências pode ser um evento positivo na percepção das próprias profissionais.

Portanto, incluir o tema dentro da equipe de trabalho, como motivo de supervisão coletiva ou individual, possibilidade de reflexão, encaminhamento e partilha de experiências pode ser um fator positivo, até mesmo, para o trabalho. Inclusive a baixa verbalização dos agravos vividos pelas profissionais, identificada neste estudo, reforça a importância da criação de tais espaços de escuta.

Conclusões e Considerações Finais

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco maior deste estudo foi a vivência de violência baseada em gênero, por profissionais de enfermagem, cuidadoras em sua essência. As trabalhadoras de enfermagem não se mostraram imunes a situações de violência; ao contrário, especialmente as auxiliares/técnicas de enfermagem parecem sofrer mais do que a população geral das mulheres paulistas. As mulheres entrevistadas apresentaram, portanto, altas taxas de violência quando comparadas à população geral, apesar de seu especial perfil socioeconômico, isto é, com alta escolaridade e total inserção no mercado de trabalho.

A violência nas relações de intimidade foi a mais freqüente; o que se mostra consoante com estudos que apontam o ambiente privado como o principal cenário da violência perpetrada contra a mulher (Barsted, 1994; Chauí, 1984). Além de uma freqüência importante, a repetitividade desses agravos, pode gerar seqüelas graves de saúde (Heise et al., 1999).

Constatou-se também que as profissionais de enfermagem, frente aos estudos tomados por referência, compuseram realmente um grupo especial de mulheres, por ocuparem posições importantes diante da violência de gênero. Primeiramente como mulheres e, portanto, passíveis de vivenciarem esse tipo de agressão pela assimetria de poder nas relações afetivo-sexuais e, também, como profissionais do cuidado, sofrendo violência em seu local de trabalho. Adicionalmente, essas vivências devem ter conseqüências para a saúde dessas profissionais e para o seu trabalho como cuidadoras em geral (Henderson, 2001; Schoening et al., 2004) e, especialmente, na

assistência profissional a mulheres vítimas de uma violência de mesma natureza (Christofides & Silo, 2005).

Atenta-se para o papel fundamental de uma supervisão presente e acolhedora frente a essas trabalhadoras, através da construção de relações profissionais mais comunicacionais, nas quais haja a preocupação com as experiências dolorosas vividas e com a construção da emancipação dessas mulheres. Sugere-se que essa mesma supervisão possa promover espaços de escuta, nos quais as profissionais de enfermagem possam identificar, verbalizar e trocar experiências, sendo direcionadas a algum suporte. Para Janssen et al. (1998), a oportunidade de ser ouvida e de dar voz às experiências vividas pode representar uma importante estratégia no manejo da violência vivenciada por tais trabalhadoras. Ainda, segundo os autores, o suporte profissional específico às profissionais de enfermagem, vítimas dessa violência de gênero, pode subsidiar um melhor relacionamento terapêutico entre enfermagem e pacientes.

Sugere-se também uma mobilização para capacitação profissional sobre o tema, possibilitando instrumentalização de recursos humanos e elaboração e implementação de protocolos que visem uma atenção integral e interdisciplinar à cliente vítima de violência. Ao mesmo tempo, também criam-se oportunidades para que a profissional se aproprie de informações e possa construir perspectivas de vida mais emancipadoras.

Em meio ao chamado dos serviços de saúde, para que contemplem de forma mais intensiva essa problemática na agenda da Saúde, esforço já apontado por OPAS (2001) e OMS (Krug et al., 2002), os profissionais de

enfermagem são chaves na equipe multiprofissional de saúde e precisam estar capacitados para essa tarefa. Para alguns estudiosos, as experiências de violência inscritas no contexto privado dos profissionais de saúde representam fator relevante e até comprometedor de uma adequada detecção e manejo dos casos atendidos (Warshaw, 1989; Sugg & Inui, 1992; Jansen et al., 1998; Sugg et al., 2000; Henderson, 2001; Ramsay et al., 2002; Schoening et al, 2004).

Logo, o presente estudo mostrou-se relevante por ser o único brasileiro, até onde se conhece, sobre a vivência de experiências de violência de gênero entre profissionais de enfermagem em suas esferas de relacionamento familiar e social.

Sugere-se que mais pesquisas possam ser feitas entre profissionais de enfermagem mulheres e, também, homens, para melhor vislumbrar as peculiaridades desse grupo de trabalhadores frente à violência de gênero, permitindo a elaboração e implementação de intervenções efetivas.

Anexos

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1 – Questionário

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Preventiva

**Violência de gênero contra mulheres profissionais de
enfermagem de um hospital geral do município de São Paulo**

QUESTIONÁRIO

Mestranda: Ane Rodrigues de Oliveira
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

São Paulo
2005

1. Número do questionário: _____	1. _____
2. Data de preenchimento do questionário: ____/____/____	2. ____/____/____
3. Setor em que trabalha: _____	3. _____
4. Qual sua idade (anos completos de vida)? _____	4. _____
5. Qual a sua cor/raça?	5. _____
1. ☐ branca 2. ☐ preta/negra 3. ☐ amarela (se japonesa, chinesa)	
4. ☐ parda (se mulata ou mestiça) 5. ☐ indígena 6. ☐ outras	
6. Onde você nasceu?	6a. _____
6a. Estado: ____	6b. _____
6b. Cidade: _____ 1. ☐ Rural 2. ☐ Urbana	
7. Você já morou em outra cidade, além desta onde mora hoje?	7. _____
1. ☐ sim 2. ☐ não [ir para questão 9]	
8. Há quanto tempo você está na grande São Paulo? ____ anos	8. _____
9. Qual a sua escolaridade? Anos completos de estudo: _____	9. _____
10. Qual é a sua prática religiosa? (até duas respostas)	
1. ☐ católica 2. ☐ judaica 3. ☐ muçulmana 4. ☐ evangélica	10a. _____
5. ☐ evangélica pentecostal 6. ☐ espírita kardecista 7. ☐ umbanda 8. ☐ candomblé	10b. _____
9. ☐ sem prática religiosa 10. ☐ outras _____	
11. Qual a sua função neste local de trabalho?	11. _____
1. ☐ enfermeira 2. ☐ auxiliar de enfermagem 3. ☐ técnica de enfermagem	
12. Qual a sua jornada de trabalho?	12. _____
1. ☐ regime diário 2. ☐ regime plantonista	
13. Qual seu turno de trabalho?	13. _____
1. ☐ manhã 2. ☐ tarde 3. ☐ noite 4. ☐ diurno (manhã + tarde) 5. ☐ misto (diurno + noturno)	
14. Há quanto tempo você atua na área de enfermagem? ____ anos	14. _____
15. O local onde você mora é:	15. _____
1. ☐ próprio 2. ☐ alugado 3. ☐ cedido 4. ☐ mora no emprego	
5. ☐ outros _____	
16. Você possui quantos destes itens?	16a. _____
a) [] Televisão Colorida	16b. _____
b) [] Vídeo Cassete / DVD	16c. _____
c) [] Rádio	16d. _____
d) [] Banheiro	16e. _____
e) [] Automóvel de Passeio	16f. _____
f) [] Empregada Mensalista	

- g) [] Aspirador de Pó 16 g. ____
h) [] Máquina de Lavar Roupa 16h. ____
i) [] Geladeira 16i. ____
j) [] Freezer (Isolado ou Geladeira Duplex) 16j. ____
l) [] Celular 16l. ____

17. Na sua casa quem você considera o chefe da família?

17. ____

1. ☐ você
2. ☐ seu companheiro/marido
3. ☐ os dois
4. ☐ outro (_____)

18. ____

18. Qual seu estado marital atual?

1. ☐ atualmente casada
2. ☐ vivendo com um companheiro / amigada
3. ☐ vivendo com uma companheira
4. ☐ tem um parceiro / namorado , mantendo relação sexual, mas não vivem juntos
5. ☐ tem uma parceira / namorada , mantendo relação sexual, mas não vivem juntas
6. ☐ tem um parceiro / namorado, sem relação sexual *
7. ☐ tem uma parceira / namorada, sem relação sexual *
8. ☐ não está casada, nem vivendo com alguém, nem namorando *
9. ☐ não está casada, nem vivendo com alguém, nem namorando, mas mantém relacionamentos esporádicos, com relação sexual *
(*) Considerar o último parceiro

**19. Se você foi casada ou viveu com alguém (incluir o atual companheiro) isso ocorreu quantas 19. ____
Nº de casamentos ou união consensual: ____**

**20. Há quanto tempo está com o (a) atual companheiro(a), ou permaneceu com o último (independe 20. ____
de ser casamento ou não)?**

____ anos completos ou 1. ☐ nunca teve namorado (com relação sexual) [ir p/ questão 32 e 49]

21. Qual a idade do(a) atual ou último companheiro (a): ____ anos completos 21. ____

**22. Qual a escolaridade de seu (a) companheiro (a) atual (ou último)? 22. ____
Anos completos de estudo: ____**

23. Qual a ocupação do (a) companheiro (a) atual (ou último)?

23. ____

1. ☐ trabalhador regular e sistemático	8. ☐ aposentado
2. ☐ trabalhador regular e sistemático - saúde	9. ☐ do lar
3. ☐ trabalho regular e sistemático – polícia/vigia/segurança	10. ☐ desempregado
4. ☐ trabalhador esporádico	11. ☐ estudante
5. ☐ trabalhador esporádico – polícia/vigia/segurança	12. ☐ outra. Qual?

Gostaria que respondesse as próximas questões, sendo o mais verdadeira possível, sobre você e o seu ATUAL marido, companheiro ou namorado. *Caso esteja solteira responda, então, sobre seu ÚLTIMO marido, companheiro ou namorado.*

24. Você fuma?

24. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 25)

24a. Com que frequência?

24a. ____

1. ☐ Diariamente (pelo menos um cigarro por dia)
2. ☐ Ocasionalmente (menos de um cigarro por dia)

25. Você consome bebida alcoólica?

25. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 26)

25a. Com que frequência?

25a. ____

1. ☐ Quase todos os dias
2. ☐ Uma a duas vezes por semana
3. ☐ Uma a três vezes por mês
4. ☐ Ocasionalmente, pelo menos uma vez por mês

26. Você faz uso de algum tipo de droga ilícita?

26. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 27)

26a. Com que frequência?

26a. ____

1. ☐ Ocasionalmente, pelo menos uma vez por mês
2. ☐ Uma a três vezes por mês
3. ☐ Uma a duas vezes por semana
4. ☐ Quase todos os dias

27. Seu marido, companheiro ou namorado faz uso bebida alcóolica?

27. ____

(Se estiver solteira, responda sobre seu último marido, companheiro ou namorado)

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 28)

27a. Com que frequência?

27a. ____

1. ☐ Quase todos os dias
2. ☐ Uma a duas vezes por semana
3. ☐ Uma a três vezes por mês
4. ☐ Ocasionalmente, pelo menos uma vez por mês

28. ____

28. Seu marido, companheiro ou namorado faz uso de algum tipo de droga ilícita?
(Se estiver solteira, responda sobre seu último marido, companheiro ou namorado)

1. ☐ sim (ir p/ questão 29) 2. ☐ não

28a. Com que frequência?

28a. _____

1. ☐ Ocasionalmente, pelo menos uma vez por mês
2. ☐ Uma a três vezes por mês
3. ☐ Uma a duas vezes por semana
4. ☐ Quase todos os dias

Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria que respondesse algumas questões, sendo o mais verdadeira possível, sobre seu relacionamento com seu ATUAL marido, companheiro ou namorado. Caso esteja solteira responda, então, sobre seu ÚLTIMO marido, companheiro ou namorado.

29. Geralmente, você e o seu ATUAL (OU ÚLTIMO) marido/companheiro conversam, entre vocês, sobre:

29a. _____

29a. As coisas que aconteceram com ele durante o dia?

1. ☐ sim 2. ☐ não

29b. _____

29b. As coisas que aconteceram com você durante o dia?

1. ☐ sim 2. ☐ não

29c. _____

29c. Suas preocupações e sentimentos?

1. ☐ sim 2. ☐ não

29d. _____

29d. As preocupações e sentimentos dele?

1. ☐ sim 2. ☐ não

30. Com que frequência você e seu ATUAL (OU ÚLTIMO) marido, companheiro ou namorado brigam? 30. _____

1. ☐ raramente
2. ☐ algumas vezes
3. ☐ frequentemente

31. Agora vou lhe colocar algumas situações que são verdadeiras para muitas mulheres.

Pensando sobre seu ATUAL (OU ÚLTIMO) marido/companheiro você diria que ele geralmente:

31a. Tenta evitar que você visite ou veja seus amigos?

31a. _____

1. ☐ sim 2. ☐ não

31b. Procura restringir o seu contato com sua família?

31b. _____

1. ☐ sim 2. ☐ não

31c. Insiste em saber onde você está o tempo todo? 31c. ____

1 ☐ sim 2 ☐ não

31d. Ignora você e a trata com indiferença? 31d. ____

1 ☐ sim 2 ☐ não

31e. Fica zangado se você conversa com outro homem? 31e. ____

1 ☐ sim 2 ☐ não

31f. Está frequentemente suspeitando que você é infiel? 31f. ____

1 ☐ sim 2 ☐ não

31g. Espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma, como consulta médica, odontológica e outros? 31g. ____

1 ☐ sim 2 ☐ não

32. Você considera que já tenha sofrido violência em algum momento de sua vida? 32. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

Até aqui foram feitas perguntas mais gerais. Agora as perguntas vão abordar aspectos mais íntimos de relacionamento que podem ser mais difíceis de serem respondidas. As questões referem-se a mulheres que estão casadas, moram com o (a) companheiro (a) ou têm namorado (a), ou que alguma vez tiveram relacionamentos deste tipo.

33- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já insultou você ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma? 33. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir p/ questão 34)

33T-Isso aconteceu nos últimos 12 meses? 33T. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

33F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 33F. ____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

34- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 34. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 35)

34T-Isso aconteceu nos últimos 12 meses? 34T. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

34F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 34F. ____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

35- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (por ex.: a forma como ele (a) olha, grita, tem atitudes como quebrar coisas e objetos pessoais)? 35.____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 36)

35T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 35T.____

1. ☐ sim 2. ☐ não

35F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 35F.____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

36- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já ameaçou machucá-la ou alguém ou algo de que você gosta? 36.____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 37)

36T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 36T.____

1. ☐ sim 2. ☐ não

36F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 36F.____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

37- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 37.____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 38)

37T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 37T.____

1. ☐ sim 2. ☐ não

37F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 37F.____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

38- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já empurrou-a ou deu-lhe um tranco/ chacoalhão? 38.____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 39)

38T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 38T.____

1. ☐ sim 2. ☐ não

38F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 38F.____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

39- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já machucou-a com um soco ou com algum objeto? 39.____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 40)

- 39T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 39T. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não
- 39F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 39F. ____
1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas
-
- 40- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 40. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 41)
- 40T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 40T. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não
- 40F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 40F. ____
1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas
-
- 41- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já estrangulou ou queimou você de propósito? 41. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 42)
- 41T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 41T. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não
- 41F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 41F. ____
1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas
-
- 42- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 42. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 43)
- 42T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 42T. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não
- 42F. Quantas vezes esse episódio aconteceu? 42F. ____
1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas
-
- 43- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 43. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 44)
- 43T-Issso aconteceu nos últimos 12 meses? 43T. ____
1. ☐ sim 2. ☐ não
- 43F. ____

43F. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

44- Alguma vez você já teve relação sexual porque estava com medo do que seu parceiro/marido ou namorado pudesse fazer?

44. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 45)

44T-Iso aconteceu nos últimos 12 meses?

44T. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

44F. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

44F. ____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

45- Alguma vez, algum companheiro/marido ou namorado já forçou você a uma prática sexual que você considera degradante ou humilhante?

45. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

45T-Iso aconteceu nos últimos 12 meses?

45T. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

45F. Quantas vezes esse episódio aconteceu?

45F. ____

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

Se a entrevistada respondeu **SIM** a alguma das questões de 33 a 45, faça as questões de 46 a 48a. Caso contrário ir p/ questão 49.

46. Em alguma dessas situações você procurou ajuda?

46. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não [ir p/ questão 47]

46a. Conte como foi sua experiência: [ir p/ questão 48]]

(por quem ou qual serviço procurou ajuda e se o atendimento recebido a satisfaz ou não)

47. Você gostaria de ter procurado algum tipo de ajuda frente à situação vivida?

47. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não [ir p/ questão 48]

47a. Qual tipo de ajuda você gostaria de ter procurado e o que a impediu de procurar?

Você já havia conversado com mais alguém alguma dessas situações vividas por você?

1. ☐ sim 2. ☐ não

48. _____

48a. Com quem? _____

48a. _____

49. Alguma OUTRA PESSOA, na sua vida, já insultou você, depreciou ou humilhou, ou fez com que você se sentisse mal?

49. _____

1. ☐ sim
2. ☐ não (ir para a questão 50)

49a. Quem foi? (até duas respostas)

1. ☐ mãe / mãe adotiva	6. ☐ irmã
2. ☐ pai / pai adotivo	7. ☐ outros familiares. Quem? _____
3. ☐ filho	8. ☐ namorado (sem relação sexual)
4. ☐ filha	15. ☐ cnece (nomem) nao medico
9. ☐ vizinhos	16. ☐ chefe (mulher) enfermeira
10. ☐ colega de trabalho (homem) médico	17. ☐ chefe (mulher) não enfermeira
11. ☐ colega de trabalho (homem) não médico	18. ☐ estranho
12. ☐ colega de trabalho (mulher) enfermeira	19. ☐ outros. Quem? _____
13. ☐ colega de trabalho (mulher) não enfermeira	
14. ☐ chefe (homem) médico	

49a1. _____

49a2. _____

49b. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu? (até duas respostas)

1. ☐ menos que 12 anos 2. ☐ de 12 a 15 anos 3. ☐ de 16 a 18 anos
4. ☐ mais que 19 anos

49b1. _____

49b2. _____

49c. Quantas vezes isso aconteceu?

1. ☐ Uma 2. ☐ Poucas 3. ☐ Muitas

49c. _____

49d. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

1. ☐ sim 2. ☐ não

49d. _____

50. Alguma OUTRA PESSOA, já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente ou de alguma outra forma?

50. _____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir para a questão 51)

50a. Quem foi? ? (até duas respostas)

1. ☐ mãe / mãe adotiva
2. ☐ pai / pai adotivo
3. ☐ filho
4. ☐ filha
5. ☐ irmão
6. ☐ irmã
7. ☐ outros familiares. Quem? _____

50a1. _____

50a2. _____

8. ☐ namorado (sem relação sexual)	14. ☐ chefe (homem) médico	
9. ☐ vizinhos	15. ☐ chefe (homem) não médico	
10. ☐ colega de trabalho (homem) médico	16. ☐ chefe (mulher) enfermeira	
11. ☐ colega de trabalho (homem) não médico	17. ☐ chefe (mulher) não enfermeira	
12. ☐ colega de trabalho (mulher) enfermeira	18. ☐ estranho	
13. ☐ colega de trabalho (mulher) não enfermeira	19. ☐ outros. Quem? _____	
50b. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu?		50b1. _____
1. ☐ menos que 12 anos	2. ☐ de 12 a 15 anos	50b2. _____
4. ☐ mais que 19 anos		
50c. Quantas vezes isso aconteceu?		
1. ☐ Uma	2. ☐ Poucas	3. ☐ Mui... _____
50d. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?		50d. _____
1. ☐ sim	2. ☐ não	
51. Alguma OUTRA PESSOA já forçou você a alguma prática sexual contra sua vontade?		51. _____
1. ☐ sim	2. ☐ não (se houver algum episódio relatado nas questões 49 e 50, seguir as instruções do próximo quadro de lembrete, senão, ir para a questão 53)	
51a. Quem foi? (até duas respostas)		
1. ☐ mãe / mãe adotiva	14. ☐ chefe (homem) médico	51a1. _____
2. ☐ pai / pai adotivo	15. ☐ chefe (homem) não médico	51a2. _____
3. ☐ filho	16. ☐ chefe (mulher) enfermeira	
4. ☐ filha	17. ☐ chefe (mulher) não enfermeira	
5. ☐ irmão	18. ☐ estranho	
6. ☐ irmã	19. ☐ outros. Quem? _____	
7. ☐ outros familiares. Quem? _____		
8. ☐ namorado (sem relação sexual)		
9. ☐ vizinhos		
10. ☐ colega de trabalho (homem) médico		
11. ☐ colega de trabalho (homem) não médico		
12. ☐ colega de trabalho (mulher) enfermeira		
13. ☐ colega de trabalho (mulher) não enfermeira		

51b. Quantos anos você tinha quando isso aconteceu? (até duas respostas)

51b1. ____

1. ☐ menos que 12 anos 2. ☐ de 12 a 15 anos 3. ☐ de 16 a 18 anos
4. ☐ mais que 19 anos

51b2. ____

51c. Quantas vezes isso aconteceu?

1. ☐ Uma 2. ☐ Pouca 3. ☐ Muitas

51c. ____

51d. Isso aconteceu nos últimos 12 meses?

51d. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

Se a entrevistada respondeu **SIM** a alguma das questões de 49 a 51, faça as questões de 52 a 53a. Caso contrário ir p/ CÉDULA.

52. Em alguma dessas situações você procurou ajuda?

52. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não [ir p/ questão 53]

52a. Conte como foi sua experiência: [ir p/ cédula]

(o motivo, se aconteceu dentro de casa ou fora; se você procurou ajuda e por quem ou qual serviço procurou ajuda; se o atendimento recebido a satisfez ou não)

53. Você gostaria de ter procurado algum tipo de ajuda frente à situação vivida?

53. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não (ir p/ cédula)

53a. Qual tipo de ajuda você gostaria de ter procurado e o que a impediu de procurar?

CÉDULA

Além do que você já me contou, eu gostaria que você fizesse uma marca no rosto triste se alguém, alguma vez a tocou sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual quando você não queria, antes de você completar 15 anos. Por favor, ponha uma marca no rosto feliz se isso nunca aconteceu a você.

Depois de marcar o cartão, por favor, dobre e coloque na pasta ao lado, junto com as respostas das outras mulheres. Isto garantirá a você que eu não saiba sua resposta.

54. Você gostaria de contar alguma outra situação vivenciada por você?

55. ____

56. ____

55. Nesse momento, após ter respondido essas questões, você considera que sofreu violência na vida?

1. ☐ sim 2. ☐ não 3. ☐ não sei

56. Você tem medo de alguém próximo a você?

1. ☐ sim
2. ☐ não [ir para questão 57]

56a. De quem? (até duas respostas)

1. ☐ marido/namorado (a)	2. ☐ ex-marido/ex-namorado (a)	3. ☐ filhos	56a1. _____
4. ☐ mãe/mãe adotiva	5. ☐ pai/pai adotivo	6. ☐ irmão (s)	56a2. _____
7. ☐ irmã (s)	8. ☐ vizinhos	9. ☐	
outros. Quem? _____			

57. Na sua vida, você já agrediu alguém fisicamente?

1. ☐ sim 2. ☐ não [ir para questão 58] 57. _____

57a. Quem? (até duas respostas)

1. ☐ marido/namorado (a)	2. ☐ ex-marido/ex-namorado (a)	3. ☐ filhos	57a1. _____
4. ☐ mãe/mãe adotiva	5. ☐ pai/pai adotivo	6. ☐ irmão (s)	57a2. _____
7. ☐ irmã (s)	8. ☐ vizinhos	9. ☐	
outros. Quem? _____			

57b. Você poderia me dizer o motivo da agressão?

58. Entre seus pais, já houve alguma cena de agressão?

1. ☐ sim 2. ☐ não 58. _____

59. Você conhece algum profissional de enfermagem que já tenha vivido, alguma vez na vida, alguma das situações descritas pelas questões de 33 a 45, perpetradas por familiares ou parceiros amorosos? 59. _____

1. ☐ sim 2. ☐ não

Até agora falamos sobre suas experiências pessoais. Agora vamos conversar um pouco sobre sua experiência profissional para casos como estes.

60. _____

60. Você já presenciou algum caso de violência por familiares ou pessoas íntimas contra adolescentes e adultos, onde percebeu que houvesse atos como estes que conversamos?

1. ☐ sim 2. ☐ não [ir para questão 62]

60a. Conte a situação: (como ficou sabendo que havia violência envolvida ? - era visível / vc perguntou / a vítima relatou a você / outros profissionais relataram./ *Identificar se VF, VS ou VP*)

61. Além de presenciar, você já atendeu algum caso assim?

61. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não [ir para questão 62]

61a. Qual o sexo da pessoa agredida?

61a. ____

1. ☐ feminino 2. ☐ masculino

61b. Qual a idade da pessoa agredida?

61b. ____

1. ☐ 12 – 18 anos 2. ☐ maior que 18 anos

61c. Conte a situação: (como ficou sabendo que havia violência envolvida ? - era visível / vc perguntou / a vítima relatou a você / outros profissionais relataram./ *Identificar se VF, VS ou VP*)

61d. O que você fez frente ao caso relatado?

61e. Há outro caso que gostaria de contar?

62. Você possui alguma capacitação profissional sobre violência doméstica?

62. ____

1. ☐ sim.Quantas horas de treinamento? _____

2. ☐ não [ir para questão 63]

63. Você considera suficiente sua capacitação profissional sobre violência doméstica?

63. ____

1. ☐ sim 2. ☐ não

64. Acha importante para o profissional de enfermagem ter este tipo de treinamento?

64. _____

1. ☐ sim 2. ☐ não

64a. Porquê?

65. Você acha que há alguma relação entre o fato de viver experiências de agressão nas relações de intimidade e ter que lidar com essa questão no dia-a-dia do trabalho, atendendo pacientes vítimas do mesmo tipo de violência?

EXPLORAR: Se sim, qual é a relação? / maior visibilidade ou resistência? / Para você, porquê seria mais difícil ou porque seria mais fácil? / Porquê não há relação?

66. Neste questionário foram feitas perguntas sobre alguns assuntos difíceis. Após ter respondido 66. _____

o questionário, você se sente:

1. ☐ bem/ melhor 2. ☐ mal/ pior 3. ☐ indiferente/ não sei

67. Você gostaria de fazer algum comentário aos pesquisadores, sobre o que significou para você participar desta pesquisa? _____

Gostaríamos de agradecer imensamente a sua colaboração em participar desse estudo e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento nos telefones:

011 – 3066 7085 ou 011- 3066 7094 - para falar com Dra. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira. e 011-0 9582 6738 ou email: ane.lara@bol.com.br - para falar com Enf. Ane Rodrigues de Oliveira.

Os dados acima constam também no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue a cada entrevistada, juntamente com um Guia de Serviços elaborado pela equipe de "Violência, Gênero e Práticas em Saúde" do Depto. de Medicina Preventiva da FMUSP.

Pesquisadores responsáveis:

Enf. Ane Rodrigues de Oliveira (orientanda)

Prof. Dr^a. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira (orientadora).

7.2 Anexo 2 – Modelo de cédula de auto-preenchimento

[]

[]

7.3 Anexo 3 – Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 08.06.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 320/05, intitulado: "Ocorrência de violência doméstica entre enfermeiras e técnicas de enfermagem de um Hospital Geral do Município de São Paulo" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas
D' Oliveira

Pesquisador (a) Executante: Sra. Ane Rodrigues de Oliveira

CAPPesq, 08 de Junho de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

7.4 Anexo 4 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ocorrência de violência de gênero contra mulheres profissionais de enfermagem de um hospital geral do município de São Paulo

Mestranda: Ane Rodrigues de Oliveira

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira.

ESCLARECIMENTO

Alguns estudos têm se preocupado com experiências de agressões e maus tratos na vida pessoal dos profissionais de enfermagem representados, em sua grande maioria, pelo sexo feminino. Esta pesquisa tem por objetivo verificar a prevalência deste tipo de situação entre profissionais de enfermagem do sexo feminino de um hospital geral do município de São Paulo-SP, como um primeiro estudo para o melhor entendimento da questão. Será utilizado um questionário, ministrado de forma individual e confidencial, garantindo o sigilo das informações. Com os dados coletados a partir desse estudo, esperamos poder conhecer melhor a realidade das profissionais de enfermagem atuantes em um hospital geral, entendendo ser este um primeiro passo para a formulação de intervenções de suporte à saúde das profissionais bem como de sua conduta no âmbito da assistência às mulheres que vivenciam situações deste tipo.

CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo e estou ciente de que meu nome e dados que me identifiquem serão mantidos em estrito sigilo pela equipe de pesquisadores; de que o questionário contém perguntas sobre experiências íntimas que podem despertar lembranças difíceis e delicadas, reconhecendo que minha participação neste estudo é voluntária; de que posso cancelar esta autorização a qualquer momento, sem que isto cause qualquer tipo de transtorno a minha pessoa e de que, ainda, se necessário, a equipe de pesquisadores me fornecerá orientações e encaminhamento quando eu solicitar.

Para qualquer esclarecimento, posso entrar em contato com Enf. Ane Rodrigues de Oliveira através do tel: 011-0 9582 6738 ou pelo e-mail: ane.lara@bol.com.br e também com a Dra. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira nos telefones 011 – 3066 7085 ou 011-3066 7094 –

São Paulo, _____ de _____ de 2005.

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora

7.5 Anexo 5 – Modelo de mini-guia de serviços

Frente

Verso

Referências

8 REFERÊNCIAS

Altamirano RI. La violencia intrafamiliar: los mitos. *CALIMED* Guanajuato. 2000;10(1-2):206-9.

Ângulo-Tuesta AJ. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz;1997.

Arendt H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1983.

Arnetz JE; Arnetz BB; Soderman E. Violence toward health care workers: prevalence and incidence at a large regional hospital in Sweden. *AAOHN*.1998;46(3):107-14.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. *Critério de classificação econômica Brasil*. Dados com base no levantamento sócio-econômico. 2000 / IBOPE. [citado 20 out. 2005]. Disponível em: <http://www.abep.org>

Barsted LA. *Violência contra a mulher e cidadania: uma avaliação das políticas públicas*. Cadernos CEPIA. Rio de Janeiro: CEPIA; 1994.

Bison RAP. *A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem*. 2003. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;2003.

Brasil. Ministério da saúde. Cadernos de atenção básica. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Secretaria de Políticas de Saúde, n 8. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública*..2006;40(2):256-64.

Campbell JC, Walton-Moss BJ. *Intimate partner violence: implications for nursing*. [online]. 2002. [cited 2005 out 28]. Available from: http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_5.htm.

Campbell JC. Domestic homicide: risk assessment and professional duty to warn. *Md Med J*. 1994;43(10):885-89.

Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1423-29.

Cann K, Withnnell S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge and attitudes in healthcare workers. *Public Health*. 2001;115:89-95.

Casique-Casique L. *Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya-México*. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo; 2004.

Castro R., Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en America Latina: entre el empirismo ciego y la teoria sin datos. *Cad. Saúde Públ.* 2003; 19(1):135-146.

Cezar ES, Marziale MHP. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar na cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(1):217-221.

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar; 1984. v.4.

Christofides NJ, Silo Z. How nurses' experiences of domestic violence influence service provision: study conducted in north-west province, South Africa. *Nurs Health Sci.* 2005;7:9-14.

Connell R. La organización social de la masculinidad. *Ediciones de las mujeres.* 1997;24:34-40.

Connell R. *Masculinitie, knowledge, power and social change*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1995.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Lei n. 7.498/86, De 25 de Junho de 1986. [On-line] [citado 20 maio 2007]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>

Couternay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being a theory of gender and health. *Social Science & Medicine.* 2000; 50:1385-1401.

Couto MT & Schraiber LB. Homem, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da Saúde Coletiva In: *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Organizado por Minayo MCS. & Júnior CEAC. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2005.

Coverdale J, Gale C, Weeks S, Turbott S. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. 2001; *Medical Education*, 35:153-59.

d'Oliveira, AFPL. *Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.

Dantas-Berger SN, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública.* 2005;21:417-425.

Davidhizar R; Newman-Giger J. Recognizing abuse. *Int. Nurs. Rev.*, 1996; 43(5): 145-150.

Díaz-Olavarrieta C, Campbell J, Cadena CG, Paz F. Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses'Aides in Mexico. *Arch Med Res.* 2001;32:85.

Donoso MTV. O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. *Rev. Min. Enf.* 2000;4(½):67-69.

Draucker C. Reminder of things past: women and violence. *Reflections.* 1995;3(4):15.

Early MR, Williams RA. Emergency Nurses' Experience with violence: does it affect nursing care of battered women? *J Emerg Nurs.* 2002;28(3):199-202.

Eisenstat SA & Bancroft BA. Domestic violence. *The New England Journal of Medicine.* 1999; 341(12):886-92.

Ellsberg M, Arcas, CC, Montenegro, T, Norosi, L e Quintanilla, M. *Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia domestica?* Orientaciones básicas para el personal de salud. Nicaragua. Red de Mujeres contra la violencia/Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica de la Facultad de Medicina UNAN-Leon; 1998.

Ellsberg M, Heise L e Shrader E. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates.* Genebra/Programme in evidence for health policy. Publication WHO/EIP/GPE, 1999.

Ellsberg M, Pena R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *So Sci Med.*2000;51:1595-610.

Ellsberg M. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist.*1999; 54(1):30-36.

Ellsberg MC, Heise L, Peña R, Arguto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning.* 2001;32 (1):3-15.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.*1998;14:245-58.

Fonseca TMG. *De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero.* In: Lopes MJM et al. (ORGS.) Gênero e Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

García-Moreno C, Heise L. Violência perpetrada por parceiros íntimos. In: WHO. World Report: *Violence and Health*. Genebra: 2002. 91-121.

García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. *Lancet*. 2006;368:1260-69.

Gelles RJ. Public policy for violence against women. *Am J Prev Med*. 2000;19:298-301.

Gerberich, SG; Church, PM; McGovern, PM; Hansen, HE; Nachreiner, NM; Geisser, MS; Ryan, AD; Mongin, SJ; Watt, GD. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004; 61:495-503.

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl.1):146-55.

Gil, AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

Groves B, Zuckerman B, Marans S. Silent victims: children who witness violence. *J Am Med Assoc*. 1993;269(2):262-65.

Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7:12.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep*. 1999;27(4):1-44.

Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saude Publica*. 1994;10(1):135-45.

Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998;4(3):262-90.

Henderson A. Factor influencing nurses' responses to abused women: what they say they do and why they say they do it. *J Interpers Violence*. 2001;16(12):1284-306.

Holz K. A practical approach to clients who are survivors of childhood sexual abuse. *J Nurse Midwifery*. 1994;39:13-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo Demográfico 2000: características gerais da população*. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão – ISSN 0104-3145. Rio de Janeiro, 2000:1-178.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática - INEGI: Sistemas Nacionales Estadístico y de Información Geográfica del Gobierno Mexicano [online]. 2003. [Cited 2004 may]. Available from: http://cedoc.inmjer.es.gob.mx/documentos_download/100199.pdf.

Isis International. *16 Dias de ativismo pelo fim da violência contra as mulheres: pela saúde das mulheres, pela saúde do mundo: basta de violência!* [online]. 2005. [Cited 2005 nov]. Available from: <http://www.isis.cl/temas/vi/activismo/Portugues/10VIOLEN%20MUJER POR T.pdf>.

Jansen, H. *Challenges to measuring violence against women*. Department of Gender, Women and Health - World Health Organization-WHO. [online]. 2005 [cited 2005 may 11]. Available from: http://www.gfmer.ch/Medical_education/En/PGC_RH_2005/Research_design_in_studying_violence.htm

Janssen PA, Basso MC, Costanzo RB. The prevalence of domestic violence among obstetric nurses. *Womens Health Issues*. 1998;8(5):317-23.

Jelin E. Mulheres e direitos humanos. *Estudos Feministas*. 1994;1/94:117-149.

Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2002;55:1603-17.

Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002;359:1423-8.

Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med*. 2002;54:1243-54.

Kiss LB. *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Koss MP, Woodruff MJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behav Sci Law*. 1991;9:85-96.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):695-701.

Krug EG, Dahlber LL, Merc JA, Zwi AB, Lozano R. [WHO] World Health Organization. *Report on Violence and Health*, Chapter 1 e 4, Violence: a global public health problem e Violence by partner. Genebra; 2002. p.1-21/90-121.

- Leal SM, Lopes MJ. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. *Cienc. Saude Coletiva*. 2005;10(2):419-31.
- Lin Y e Liu H. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42:773–8.
- Louro GL. Gênero, história e educação. *Educação & Realidade*. 1995;20(2):101-32 .
- Love CC & Morrison E. American Academy of Nursing expert panel on violence policy recommendations on workplace violence. *Issues in Mental Health Nursing*. 2003;24:599-604.
- Lunardi VL. Relacionando Enfermagem, gênero e formação disciplinar. *R. Bras. Enferm*. 1993;46(3/4):286-295.
- Marinheiro ALV, Vieira EM e Souza L. Prevalência da violência contra a mulher em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):604-610.
- May D & Grubbs L. The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*. 2002;28(1):11-17.
- McPhaul K & Lipscomb J. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Journal of Issues in Nursing*. 2004;9(3).
- McWilliams M, McKiernan J. *Bringing it out in the open: domestic violence in Northern Ireland*. Belfast: HSMO;1993.
- Medronho RA. *Epidemiologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.
- Moreno LC. *Violência e capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem*. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- Namino M, Halperin DC. "Studing domestic violence: perceptions of women in Chiapas, México" in *Reproductive Health Matters*. 1996;7:122-127.
- National Center for Injury Prevention and Control - NCIP. *Intimate partner violence: overview*. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, [CDC] Center for Disease Control [online]. 2005. [cited 2006 fev 20]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/ipvoverview.htm> . Acesso em: 20 fev 2006.
- Nolan P, Soares J, Dallender J, Thomsen S, Arnetz B . A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38:419–26.

Norton LB; Peipert JF; Zierler S; Hume L. Battering in pregnancy: na assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol.*1995;85:321-5.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA), U.S. Department of Labor. Workplace violence checklist. [online]. 2004. [cited 2004 Feb 19]. Available from: <http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/workplaceviolence/viol.html>.

Oliveira EM & Bandeira L. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. *R. Bras. Enferm.* 1998;51(4):677-696.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en la America Latina*. Genebra: OPS/OMS; 2000.

Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo - *Modelo Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar: desconstruyendo la violencia intrafamiliar. Estado y sociedad civil: el papel del sector salud*. [online]. 2001. [cited 2005 Aug 23]. Available from: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/integratedmodels.pdf> .

Paluzzi PA, Houde-Quimby C. Domestic violence: implications for the Americans College of Nurse-Midwives and its members. *J Nurse-Midwifery*. 1996;41(6):430-35.

Parsons L, Goodwin MM, Petersen R. Violence Against Women and Reproductive Health: Toward Defining a Role for Reproductive Health Care Services. *Maternal and Child Health Journal*,2000; 4(2).

Parsons LH, Zaccaro D, Bradley W, Thomas S. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173(2): 381-385.

Penna LHG, Tavares CM, Sousa ER. *The importance of the insert of the thematic" violence against the woman " in the curriculum of nursing*. [online]. 2004. [cited 2005 jul 28]. Available from: <http://www.uff.br/nepae/objn302pennaetal.htm>.

Porto M., McCallum C, Scott RP, Moraes HMM. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(2):243-252.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Coordenadoria Especial da Mulher. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. *Mulheres de São Paulo: um perfil da cidade*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher. [Online]. 2004. [citado em 10 maio 2006].Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/coordenadorias/cem/revista_mulheres_sp.pdf. Acesso em: 10 mai 2006.

Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Davidson L, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? *BMJ*. 2002;325:1-13.

Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22,2:425-37.

Ross S. Risk of physical abuse to children of spouse abusing parents. *Child Abuse Negl*. 1996;20(7):589-98.

Ryan J, King C. Child witnesses of domestic violence: principles of advocacy. *Clin Exc Nurse Pract*. 1997;1(1):47-57.

Saffioti HIB, Almeida SS. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. Coleção Brasil Urgente. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. Coleção Brasil Urgente. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo. Perspec*. 1999;13(4):82-91.

Salber PR, McCaw B. Barriers to screening for intimate partner violence: time to reframe the question. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):276-8.

Saltzman LE, Green YT, Marks JS, Thacker SB. Violence against women as a public health issue - Comments from the CDC. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):325-9.

Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence Vict*. 1997;12:165-72.

Schoening AM, Greenwood JL, McNichols JA, Heermann JA, Agrawal S. Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses. *JOGNN*. 2004;33(5):572-9.

Schraiber LB, Couto MT, Gomes R. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):7-17.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. [online]. 2ªed. 2003. [citado em 21 fev 2005]. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_violencia.pdf.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 1999a;3(5):11-26.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. *Violência, gênero e saúde: organização serviço e tecnologia de atenção integral à mulher*. São Paulo: Faculdade de Medicina USP, DMP, CSE Samuel Pessoa, 1999b. (Relatório Final de Pesquisa / CNPq).

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI e Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2007a. [citado em 25 Jun 2007]; 41(3): 359-367. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300006&lng=pt&nrm=iso

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Figueiredo, WS. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O e Couto MT. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: o Brasil no WHO-Multicountry study. *Rev Saúde Pública*. 2007b.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. *WHO: Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, Brazil*. São Paulo: FMUSP, 2002a.(Relatório de Pesquisa para a WHO).

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I e Pinho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária a saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002b;36(4):470-7.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França JR I, Stracke S, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saúde Soc*. 2000;12(9):3-15.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2003;7(12):41-54.

Scott, W. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Silva. Recife;1991.

Spindolla T, Rocha CR, Siqueira, PRA, Oliveira, PRF, Moura, MAV. A enfermagem e a saúde da mulher: questões de gênero e sociopolíticas. Esc. Anna Nery. *Rev. de Enferm*. 2000;4(1):105-114.

Stark E, Flitcraft A. *Women at risk: domestic violence and women's health*. Thousand Oaks, California: Sage; 1996.

Straus MA. *Measuring intra-familial conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales*. J Marriage Fam 1979;41:75-88.

Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence – opening Pandora's box. *JAMA*. 1992;267(23):3157-60.

Sugg NK, Thompson R, Thompson D, Maiuro R, Rivara F. Domestic violence and primary care. *Arch Fam Med*. 1999; 8:310-6.

Sugg NK, Thompson, RS, Rivara FP, Thompson DC, Barlow WE, Maiuro RD, Rubanowice DM. Identification and management of domestic violence: a randomized trial. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):253-263.

Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology: beyond the basics*. 2ª ed. Gaithersburg, Maryland: Jones & Bartlett Publishing; 2007.

United Nations - UN. General Assembly. *Declaration on the elimination of violence against women*. In: Proceedings of the 85th Plenary Meeting. 1993. [cited 2005 jul 17]. Available from: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En?Op=OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En?Op=OpenDocument).

United Nations Children's Fund - UNICEF. *Domestic violence against women and girls*. 2000. [cited 2005 jun 15]. Available from: <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest6e.pdf>.

Venturi G, Recamán M, Oliveira S. (orgs) *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

Wahlen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *Am J Prev Med*. 2000;19(4): 230-237.

Warshaw C. Limitations of the medical model in the care of battered women. *Gender and Society*. 1989;3(4):506-17.

Watts C; Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*. 2002;359:1232-37.

Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):270-75.

World Health Organization – WHO. *Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority* [online]. 1996. [cited 2005 jun 05]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap1.pdf

World Health Organization – WHO. *Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. [online]. 2005. Geneva. [cited 2006 maio 03]. Available from: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

World Health Organization – WHO. *Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva/Programme in evidence for health policy. Publication WHO/EIP/GPE/99.2, 2003.

World Health Organization – WHO. *Violence against women: a priority health issue* [online]. 1997. Geneva. [cited 2005 ago 20]. Available from: <http://www.who.int/gender/violence/en/v4.pdf>

Yoshihama M, Mills L. When is the personal Professional in public child welfare practice? The influence of intimate partner and child abuse histories on workers in domestic violence cases. *Child Abuse Negl.* 2003;27:319-36.