

## Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil



Todo o conteúdo deste periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons. Fonte:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lng=pt&tln g=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lng=pt&tln g=pt). Acesso em: 21 set. 2020.

### REFERÊNCIA

BARALDI, Ana Cyntia Paulin et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, ago./set. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300010>.

Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lng=pt&tln g=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lng=pt&tln g=pt). Acesso em: 21 set. 2020.

## Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?

### *Violence against women in the basic care network: what do nurses know about the problem?*

Ana Cyntia Paulin Baraldi <sup>1</sup>  
 Ana Maria de Almeida <sup>2</sup>  
 Gleici Castro Perdoná <sup>3</sup>  
 Elisabeth Meloni Vieira <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Brasília, DF, Brasil. CEP: 70.910-900.

E-mail: ana\_usp@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3,4</sup> Departamento de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

#### Abstract

*Objectives: to outline what nurses from the District Basic Care Units of the municipality of Ribeirão Preto, in the Brazilian State of São Paulo, know about violence against women, especially that perpetrated by an intimate partner.*

*Methods: a quantitative, cross-sectional, descriptive study was carried out with 51 nurses drawn from a larger study of 221 health workers. The data were collected using a questionnaire that asked about their knowledge regarding violence against women.*

*Results: the nurses correctly answered 76% to 90.2% of the questions on the definition of gender violence and 78% obtained high scores on questions relating to the epidemiology of violence. However, 70.6% showed no knowledge of the epidemiology of violence in prenatal services. 83.7% of the nurses showed good knowledge of how to deal with victims to get them to report the abuse and 52% showed a good knowledge of case management.*

*Conclusions: nurses are well aware of what violence is and have knowledge about how to manage cases and the need to report abuse and refer women who are at risk. However, they are unaware of important epidemiological features of violence against women, which may pose an obstacle to their ability to attend women at risk, especially during prenatal care.*

**Key words** *Violence against women, Knowledge, Nurses*

#### Resumo

*Objetivos: descrever o conhecimento dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, acerca da violência contra a mulher, particularmente aquela cometida pelo parceiro íntimo.*

*Métodos: estudo quantitativo, transversal e descritivo. Participaram 51 enfermeiros, extraídos de um estudo maior com 221 profissionais de saúde. Os dados foram coletados por meio de questionário que investigava o conhecimento em relação à violência cometida contra as mulheres.*

*Resultados: os enfermeiros acertaram de 76% a 90,2% das questões sobre definição de violência de gênero e 78% obtiveram altos escores em questões sobre epidemiologia da violência; no entanto, 70,6% demonstraram desconhecer sua epidemiologia nos serviços de pré-natal. 83,7% dos enfermeiros demonstraram bom conhecimento sobre como abordar as vítimas para obter a revelação da violência ocorrida e 52% demonstraram conhecimento elevado sobre o manejo dos casos.*

*Conclusões: os enfermeiros conhecem bem a definição de violência, têm conhecimentos sobre o manejo de casos, a necessidade de notificação e encaminhamentos de casos em situação de risco. Entretanto, desconhecem características epidemiológicas importantes da violência contra a mulher, o que pode ser uma barreira para a atuação dos enfermeiros no atendimento a mulheres em situação de risco, principalmente durante a atenção no pré-natal.*

**Palavras-chave** *Violência contra a mulher, Conhecimento, Enfermeiros*

## Introdução

A violência contra a mulher (VCM) - uma das expressões das desigualdades de gênero - é considerada mundialmente como um problema de saúde pública e tem sido objeto de diversos estudos internacionais e nacionais na última década. Dados epidemiológicos evidenciam a magnitude do fenômeno no contexto mundial, variando de 13 a 61% a prevalência de violência física cometida pelo parceiro íntimo.<sup>1</sup> Entre as gestantes, estudos brasileiros recentes encontraram índices de violência variando entre 5,1 e 19,1%.<sup>2-4</sup> Estes dados sugerem o alto impacto da VCM na saúde e na vida individual, familiar e coletiva com repercussões sócio-econômicas e políticas.<sup>5</sup>

Apesar de sua alta prevalência, a VCM é pouco identificada nos serviços de saúde, sendo caracterizada como um problema extremamente difícil de ser abordado.<sup>5,6</sup> A literatura tem apontado como principais obstáculos para o reconhecimento da VCM pelos profissionais de saúde: ausência de treinamento, falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança e pouco apoio para as vítimas.<sup>5,6</sup> Destaca-se, ainda, como ingrediente que favorece essa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência, entre parceiros íntimos, é um problema privado que só pode ser resolvido pelos envolvidos.<sup>7</sup> Além disso, muitos profissionais tendem a compreender a VCM como problemática que diz respeito apenas à esfera da segurança pública e da justiça.<sup>5,8</sup>

As lacunas na formação acadêmica dos profissionais de saúde também contribuem para a não detecção do problema da violência doméstica, e o profissional não é preparado para manejar esse tipo de situação.<sup>9</sup> A literatura demonstra a carência de educação formal e treinamentos dos profissionais acerca do tema.<sup>10-12</sup>

Por serem um dos primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde, os enfermeiros ocupam um papel de destaque no atendimento da VCM. Além disso, geralmente mantêm um vínculo de longa duração com as usuárias, de maneira que a sua capacitação para manejar casos parece ser crucial no atendimento da violência. Estudos recentes<sup>13-15</sup> mostram que o conhecimento do fenômeno da violência por parte do profissional de saúde melhora todas as instâncias do atendimento à vítima, desde o reconhecimento da ocorrência de violência até o diagnóstico, manejo e encaminhamento dos casos.

Ao considerar a importância de investigar o conhecimento compartilhado pelos profissionais

acerca desse fenômeno, este estudo teve como objetivo descrever o conhecimento dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde (UDBS) do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil, acerca da VCM, particularmente aquela cometida pelo parceiro íntimo.

## Métodos

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e do tipo *survey*, em que foram entrevistados 51 enfermeiros das cinco UDBS do município de Ribeirão Preto, SP.<sup>13</sup> O presente estudo é recorte de um projeto de pesquisa mais amplo, que investigou 221 profissionais de saúde acerca de seu conhecimento em relação à VCM, dos quais 170 eram médicos. Esses enfermeiros compunham o universo total de trabalhadores dessa profissão, nas referidas unidades de saúde, e trabalhavam nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Os dados foram coletados entre agosto e outubro de 2008. O instrumento de coleta de dados é uma versão adaptada de um questionário utilizado em outro estudo com médicos residentes e estudantes de medicina.<sup>14</sup> Este foi pré-testado com 13 profissionais de saúde de outros serviços quando foram introduzidas algumas adequações e modificações no instrumento original.

O questionário final continha 31 questões relativas ao conhecimento acerca da VCM, as quais foram divididas em cinco grupos temáticos: questões sobre conhecimento da definição de violência de gênero, sobre epidemiologia da VCM, conhecimento sobre a revelação e manejo dos casos já conhecidos de violência, e daqueles em que há apenas indício da mesma. O instrumento foi aplicado face a face por entrevistadoras treinadas pela pesquisadora e que possuíam experiência em pesquisas anteriores. Cada questão continha uma afirmação para a qual foi solicitado que o entrevistado respondesse se considerava verdadeira, falsa ou se não sabia a resposta. A construção dessas questões foi realizada após extensa revisão da literatura e se encontra disponível em publicação.<sup>14</sup>

Para cada grupo de questões citados acima, foi construído um escore com a soma do número de acertos, sendo que cada questão correta recebeu 1 ponto, e as questões erradas não pontuavam.

A pontuação possível de ser alcançada no grupo de questões sobre conhecimento da definição de violência de gênero variou de 0 a 5 pontos. O escore obtido foi classificado em conhecimento baixo (0 a 2 pontos), bom (3 pontos) e alto (4 a 5 pontos).

Nas questões sobre a epidemiologia da VCM, a

pontuação a ser obtida variou de 0 a 4 pontos, sendo considerado como bom o número de 2 acertos, baixo 1 acerto e muito baixo quando não houvesse acertos.

Em relação aos grupos de questões relativas ao conhecimento acerca da revelação da VCM e acerca do manejo dos casos confirmados de violência, a pontuação possível de ser alcançada variou de 0 a 5 pontos. O escore obtido foi classificado em alto (5 pontos), bom (3 a 4 pontos) e baixo (0 a 2 pontos).

Por últimos, o grupo de questões que avaliavam o conhecimento do manejo dos casos em que a violência ainda é um indício continha 10 questões, sendo a pontuação possível de ser obtida, de 0 a 10 pontos. O escore obtido foi classificado em alto conhecimento (8 a 10 pontos), bom (5 a 7 pontos) e baixo (0 a 4 pontos).

Os dados foram analisados utilizando-se o *software* Stata 9.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), processo nº HCRP 1285/2007, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, SP. A todos os profissionais foram fornecidas orientações a respeito do estudo, incluindo o direito à confidencialidade e o caráter voluntário da participação, tendo sido assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

A maioria dos 51 enfermeiros pertencia ao sexo feminino (90,2%), à faixa etária de 37 a 47 anos (41,2%), eram brancos (90,2%) e casados (60,8%); 72,9% foram formados em universidades públicas, possuíam curso de especialização (84,3%) e 12 deles (23,3%) eram mestres ou doutores. Encontrou-se o tempo médio de profissão de 18,04 anos.

A Tabela 1 traz a distribuição dos enfermeiros das UDBS, segundo conhecimento sobre a definição de violência de gênero. A maioria dos entrevistados demonstrou conhecer as definições de violência de gênero, acertando todas as questões, com acertos variando de 76% a 90,2%.

A Tabela 2 apresenta o conhecimento dos enfermeiros sobre algumas características da epidemiologia da violência contra a mulher. A pontuação média obtida foi 4,28 pontos; 39 enfermeiros (78%) obtiveram entre 4 a 5 pontos, demonstrando alto conhecimento, 8 enfermeiros atingiram escore bom (3 pontos) e apenas 3 (6%) o escore baixo (0 a 2 pontos).

A maior parte dos profissionais (50 enfermeiros, 98%) demonstrou saber que, na maioria dos casos, a VCM é cometida por pessoas conhecidas e que sua

ocorrência não é relatada ao profissional de saúde (40 enfermeiros, 78,4%). No entanto, os entrevistados demonstraram desconhecer algumas características da epidemiologia da violência nos serviços de pré-natal: 36 enfermeiros (70,6%) responderam “não sei” à afirmação de que uma em cada cinco mulheres que frequentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro; apenas 8 enfermeiros (15,7%) acertaram a questão.

Um total de 43 enfermeiros (84,3%) considerou falsa a afirmação de que, quando uma mulher é agredida, poucas vezes resulta em lesão corporal. Uma pequena parcela dos profissionais acertou a questão: apenas 7 enfermeiros (13,7%).

A classificação desse conhecimento consistiu em muito baixo (0 ponto), obtido por 62,7% (32) dos entrevistados; baixo (1 ponto), obtido por 33,3% (17) dos entrevistados e bom (2 pontos), obtido por apenas dois enfermeiros (3,9%). O escore médio foi 0,41 pontos.

As questões que avaliaram o conhecimento sobre a conduta a ser tomada, a fim de favorecer a revelação da violência pela vítima, estão apresentadas na Tabela 3.

A maior parte dos profissionais discordou de que a abordagem à paciente em relação à violência deva ser realizada de maneira direta – 33 enfermeiros (64,7%) erraram essa questão – e de que o profissional deva perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa – 43 enfermeiros (84,3%) acertaram a afirmativa. Apesar da aparente preferência por uma abordagem menos incisiva do tema, aproximadamente 72,5% dos entrevistados discordaram de que o correto seja evitar o assunto, e a maioria (54,9%) considerou correta a atitude de contextualizar e explicar os motivos pelos quais a paciente está sendo inquirida sobre situações violentas.

Segundo o escore obtido, a maioria (41– 83,7%) demonstrou possuir bom conhecimento sobre as condutas a serem tomadas com a finalidade de facilitar a revelação da violência por parte da vítima. Apenas três (6,1%) enfermeiros obtiveram escore baixo e cinco (10,2%) obtiveram escore alto. O escore médio foi 3,53 pontos.

A Tabela 4 traz o conhecimento dos entrevistados acerca do manejo dos casos de VCM. O percentual de acerto dos enfermeiros variou de 74,5% a 100%. A pontuação média dos entrevistados foi 4,3 pontos. A maior parte deles (26 – 52%) acertou todas as questões, demonstrando alto conhecimento sobre o manejo dos casos de violência, 22 (44%) atingiram um escore bom e dois (4%), um escore baixo.

Tabela 1

Distribuição das respostas dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde acerca do conhecimento sobre a definição de violência de gênero. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Características epidemiológicas da violência contra a mulher (itens b e c são verdadeiros)	Verdadeiro		Falso		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Violência no âmbito da família é qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por afinidades	46	90,2	3	5,8	2	3,9	51	100,0
b) Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher se cometidas por parceiro íntimo*	39	76,4	9	17,6	2	3,9	50*	98,0
c) Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher por parceiro íntimo	44	86,2	3	5,8	4	7,8	51	100,0
d) Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero	46	90,2	1	1,9	4	7,8	51	100,0
e) Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos é considerada violência moral	43	84,3	4	7,8	4	7,8	51	100,0

Fonte: Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2008.

\* Um entrevistado não respondeu.

Tabela 2

Distribuição das respostas dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde sobre conhecimento acerca de algumas características epidemiológicas da violência contra a mulher. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Características epidemiológicas da violência contra a mulher (itens b e c são verdadeiros)	Verdadeiro		Falso		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Na maioria dos casos a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas	0	-	50	98,0	1	1,9	51	100,0
b) Poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal	7	13,7	43	84,3	1	1,9	51	100,0
c) Uma em cada cinco mulheres que frequentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro.	8	15,6	7	13,7	36	70,5	51	100,0
d) A maioria das mulheres que vive em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Ribeirão Preto	6	11,7	40	78,4	5	9,8	51	100,0

Fonte: Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2008.

**Tabela 3**

Distribuição das respostas dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde sobre conhecimento acerca da revelação da violência contra a mulher. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Em relação à violência contra a mulher, o profissional de saúde deve: (itens a, c, e são verdadeiros)	Verdadeiro		Falso		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Abordar diretamente a paciente perguntando: "Você está apanhando em casa?"	18	35,2	33	64,7	0	-	51	100,0
b) Evitar abordar o assunto, a menos que essa seja a queixa principal da paciente	13	25,4	37	72,5	1	1,9	51	100,0
c) Perguntar se há alguém com problemas de alcoolismo na casa e se a pessoa fica violenta quando bebe*	49	96,0	0	-	0	-	49*	96,0
d) Perguntar insistentemente se a paciente vive situações violentas em casa	7	13,7	43	84,3	1	1,9	51	100,0
e) Explicar que a violência contra a mulher é muito comum na vida das mulheres e dizer que pergunta isso para todas as suas pacientes e em seguida perguntar: "você já sofreu abuso ou apanhou do seu parceiro?"	28	54,9	18	35,2	5	9,8	51	100,0

Fonte: Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2008.

\* Dois entrevistados não responderam.

Tabela 4

Distribuição das respostas dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde sobre conhecimento acerca do manejo da violência contra a mulher. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Em relação ao manejo dos casos de violência: (itens a, c, e são verdadeiros)	Verdadeiro		Falso		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) O profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto	0	-	51	100,0	0	-	51	100,0
b) Marcar retorno em intervalos menores que um mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa*	43	84,3	4	7,8	3	5,8	50*	98,0
c) O médico deve prescrever calmantes/ antidepressivos para a paciente conseguir lidar com os possíveis problemas que tem em casa	7	13,7	38	74,5	6	11,7	51	100,0
d) No caso de violência sexual, direcionar o atendimento para contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo interrupção da gravidez prevista em Lei	45	88,2	3	5,8	3	5,8	51	100,0
e) Avaliar com a cliente o risco que ela sofre de acordo com os tipos de agressão e resultados da violência	43	84,3	7	13,7	1	1,9	51	100,0

Fonte: Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2008.

\*Um entrevistado não respondeu.



Tabela 5

Distribuição das respostas dos enfermeiros das Unidades Distritais Básicas de Saúde acerca do conhecimento sobre o manejo de violência contra a mulher quando há indício da mesma. Ribeirão Preto, SP, 2008.

Quando há indícios de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo, o profissional: (itens b, g, h, j são verdadeiros)	Verdadeiro		Falso		Não sei		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente	3	5,8	45	88,2	3	5,8	51	100,0
b) Deve propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e para seus filhos	38	74,5	9	17,6	4	7,8	51	100,0
c) Deve recomendar terapia de casal	27	52,9	12	23,5	12	23,5	51	100,0
d) Deve ser indicada à psicoterapia	39	76,4	6	11,7	6	11,7	51	100,0
e) Não deve notificar o fato, uma vez que a informação é sigilosa	4	7,8	43	84,3	4	7,8	51	100,0
f) Deve sugerir que a paciente traga o parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde junto com ela para conversarem	24	47,0	19	37,2	8	15,6	51	100,0
g) Deve realizar a notificação compulsória	46	90,2	2	3,9	3	5,8	51	100,0
h) Deve dar número de telefone de abrigo e de organizações que cuidam de mulheres na situação de violência	49	96,0	0	-	2	3,9	51	100,0
i) Deve recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde	42	82,4	4	7,8	5	9,8	51	100,0
j) Deve orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher	49	96,0	0	-	2	3,9	51	100,0

Fonte: Rede Básica de Saúde de Ribeirão Preto, SP, 2008.

Para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre o manejo de casos em que há indício de VCM, foram formuladas dez afirmações. Os dados estão apresentados na Tabela 5.

Os entrevistados acertaram menos questões nos casos de indício de VCM do que nos casos de violência confirmada: o percentual de acerto dos enfermeiros variou de 3,9% a 90,0%. A maioria dos entrevistados erroneamente considerou correto recomendar terapia de casal (52,9%) e psicoterapia individual (76,5%) nos casos suspeitos de VCM; 42 (82,4%) enfermeiros também erraram a questão que recomendava aos profissionais recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de VCM do Ministério da Saúde, já que este só existe para o atendimento da violência sexual.

A maioria dos entrevistados (82,4%) obteve uma pontuação variando entre 5 e 7 pontos, classificada como equivalente a um bom conhecimento do manejo quando há indício de violência de gênero; 7,8% atingiram escore baixo e 9,8% (5), escore alto.

## Discussão

Destaca-se, na caracterização dos entrevistados, a sua formação acadêmica: a maioria graduou-se em universidades públicas, tinha algum tipo de especialização e aproximadamente um quarto deles possuía títulos de mestres ou doutores, o que sugere que a rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP conta com profissionais altamente graduados para o atendimento à população.

A literatura demonstra que existe associação entre atitudes positivas em relação à violência contra a mulher e a especialidade do profissional. Estudo com enfermeiras norte-americanas<sup>13</sup> mostrou que as especialistas em obstetrícia/ginecologia e saúde da mulher investigavam e percebiam melhor os casos de VCM do que especialistas em saúde da família e do adulto; outros autores<sup>15</sup> encontraram a mesma associação no Canadá.

Em relação ao conhecimento sobre definição de violência, os entrevistados demonstraram ter bom conhecimento, acertando 4,28 dos cinco pontos possíveis. Em estudo realizado na Turquia, o alto conhecimento foi relacionado ao sexo feminino e à profissão de enfermeiro.<sup>11</sup>

Por outro lado, os profissionais demonstraram desconhecer algumas características da epidemiologia da VCM, principalmente aquelas relacionadas aos serviços de pré-natal, assim como se detectou em outro estudo no Brasil.<sup>16</sup> Entre os quatro pontos possíveis de serem obtidos, o escore médio atingiu 0,41 pontos, caracterizando muito baixo conheci-

mento. Um outro trabalho realizado no mesmo município encontrou associação entre baixo conhecimento de epidemiologia da VCM e ser enfermeiro.<sup>17</sup>

Esse panorama de desconhecimento da epidemiologia da VCM no pré-natal fica evidente ao se analisar um estudo realizado com puérperas de uma maternidade pública de Ribeirão Preto, SP,<sup>18</sup> o qual encontrou índice de violência por parceiro íntimo de 19,6% durante a última gestação; essas puérperas entrevistadas frequentaram o pré-natal na rede básica de saúde de Ribeirão Preto, e muitas delas possivelmente tiveram contato com profissionais entrevistados neste estudo; no entanto, apenas 13,7% dos enfermeiros responderam corretamente à afirmativa sobre a epidemiologia da VCM durante o pré-natal, confirmando a invisibilidade da violência sofrida por essas gestantes por parte dos enfermeiros.

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

Estudo de prevalência de violência entre usuárias de um distrito sanitário do mesmo município também encontrou dados sugestivos da contribuição dos profissionais de saúde nessa invisibilidade.<sup>9</sup> Como bem colocado por pesquisadores,<sup>19</sup> há aparentemente um pacto tácito, onde “as mulheres não contam e os médicos (ou profissionais) não perguntam”. Esta invisibilidade tem sido rompida pelas recentes pesquisas de prevalência que mostram a grande magnitude do fenômeno.<sup>1</sup>

O sucesso no reconhecimento da VCM depende, dentre outros fatores, do modo pelo qual as questões são formuladas às clientes e recebidas pelos profissionais de saúde,<sup>20</sup> uma vez que a maioria das mulheres que sofrem violência não a relatam espontaneamente aos profissionais. Estudo realizado com 1196 mulheres na Sérvia<sup>21</sup> mostrou que 77,9% das mulheres que sofreram violência não procuraram ajuda em nenhuma instituição formal, e quando o fizeram, essas instituições foram as delegacias de polícia e serviços de saúde. Dentre as que procuraram ajuda, aquelas que sofreram agressão física grave procuraram ajuda sete vezes mais do que as que sofreram agressões moderadas, fato que

reafirma que a VCM é naturalizada na sociedade e invisível aos olhos dos profissionais de saúde. No Canadá foram encontrados resultados semelhantes.<sup>22</sup>

Identificar a violência depende da mobilização de recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade para ouvir o outro, além de intenso investimento na capacitação profissional. No nosso estudo, os enfermeiros demonstraram bom conhecimento das condutas que facilitam a revelação da violência pela vítima, com escore médio de 3,53 pontos dentre os cinco possíveis de serem alcançados.

Alguns autores afirmam que o enfermeiro é um profissional com alguma experiência com a escuta de problemas que não são necessariamente biomédicos.<sup>23</sup> Essa é uma explicação plausível para o bom conhecimento desses profissionais sobre as condutas que facilitam a revelação da violência pela vítima.

Há uma aparente preferência por uma abordagem menos incisiva da paciente em relação à violência por parte dos entrevistados, concordando com outro estudo.<sup>24</sup> Tal preferência pode significar receio do profissional em abordar a questão da violência com as mulheres. Pesquisa com médicos e enfermeiros da Nicarágua mostrou que a paciente é inquirida sobre violência somente quando há suspeita de que esta esteja ocorrendo.<sup>25</sup>

Confirmando os mesmos resultados, 35% dos enfermeiros entrevistados na Finlândia referiram que “algumas vezes” perguntam à paciente se a mesma sofre abuso, 15% perguntam frequentemente e 25% o fazem sempre.<sup>14</sup> O presente estudo mostrou que os enfermeiros tendem a abordar a vítima de maneira indireta e não insistir nas perguntas, discordando da afirmação que o profissional deva abordar diretamente a paciente e perguntar insistentemente sobre situações violentas em casa. Por outro lado, a maioria considerou correta a atitude de contextualizar a violência e explicar o motivo do questionamento e discordou da afirmativa de que se deve evitar abordar o assunto.

Alguns autores afirmam que as mulheres em situação de violência preferem ser inquiridas sobre a violência sofrida de forma direta.<sup>26</sup> Tanto o relatório mundial sobre violência e saúde quanto o manual de enfrentamento da violência do Ministério da Saúde,<sup>27</sup> também recomendam a adoção de perguntas diretas na abordagem à mulher em situação de violência.<sup>20</sup>

Essa aparente dificuldade dos enfermeiros em abordar a violência de forma direta e universal encontra respaldo em estudo realizado na cidade de São Paulo,<sup>28</sup> cujas autoras identificaram que a

natureza da violência - objeto médico-social - não encontra identificação na racionalidade biomédica de intervenção, hegemônica nas profissões de saúde, em que os eventos não reconhecidos nas abordagens das lesões ou disfunções orgânicas permanecem excluídos da formulação diagnóstica e terapêutica.

Em relação ao manejo dos casos de VCM, os entrevistados demonstraram ter melhor conhecimento quando a violência é confirmada do que dos casos suspeitos, em que há apenas indícios da mesma.

Tal como em outro estudo,<sup>16</sup> em que profissionais e alunos do curso de medicina entrevistados demonstraram desconhecer aspectos importantes das relações violentas, os enfermeiros entrevistados julgaram como corretas as opções de recomendar que as vítimas recorram à terapia de casal e psicoterapia em casos suspeitos. Essa atitude medicalizadora dá a entender que a violência é uma situação que se situa no âmbito do normal/patológico e que deve ser resolvida na esfera íntima e privada, quando se trata de fenômeno social de altíssima prevalência. Esta medida não seria adequada levando-se em consideração a alta prevalência dos casos, o que fala a favor de um problema de origem social e não de saúde mental.

Os enfermeiros obtiveram um percentual de acertos superior a 90% em questões relacionadas à gestão do cuidado e dos serviços de saúde, como na afirmação de que a usuária deve ser orientada a procurar a delegacia de defesa da mulher, na questão que afirma que o profissional deve realizar a notificação compulsória - instrumento de vigilância disparador de políticas públicas - e naquela que recomenda fornecer número de telefone de abrigo e organizações que assistem casos de VCM. Estudo<sup>14</sup> envolvendo enfermeiros da Finlândia encontrou dados semelhantes em relação ao papel do enfermeiro relacionado às questões de gestão dos serviços.

Por fim, deve-se ressaltar que, sendo os enfermeiros um dos primeiros profissionais que entram em contato com as mulheres em situação de violência, cabe a eles como parte da equipe de saúde partilhar a responsabilidade de identificar os casos, e orientar na busca de soluções na rede de assistência à violência que envolve vários outros setores, como segurança pública, assistência social, educação, assistência jurídica, entre outros.

É necessário que todos os envolvidos no atendimento de casos de VCM aprendam a trabalhar baseados nos pressupostos da interdisciplinaridade, a qual implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que

possa haver uma abertura em direção à construção de um fazer coletivo.<sup>20</sup>

Os enfermeiros que participaram deste estudo apresentaram nível elevado de conhecimento sobre a definição da violência contra a mulher, mas desconheciam algumas características importantes de sua epidemiologia, principalmente em relação à prevalência dos casos e sua ocorrência em gestantes, o que pode sugerir a invisibilidade do problema. Os

entrevistados mostraram bom conhecimento das condutas que facilitam a revelação da violência pela mulher e maior conhecimento do manejo dos casos confirmados do que dos casos suspeitos. Ainda assim, a maioria demonstrou desconhecer alguns aspectos importantes da VCM. Espera-se que os resultados do estudo possam enriquecer os currículos das instituições formadoras e promover a educação continuada em serviço.

## Referências

- Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response. WHO: Geneva; 2005.
- Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores de associados. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42: 877-85.
- Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. 2003; 25: 309-16.
- Santos SA, Lovisi GM, Valente CCB, Legay L, Abelha L. Violência doméstica na gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2010; 18: 483-98.
- Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA*. 1992; 267: 3157-60.
- Monteiro CFSM, Araújo TME, Nunes BMVT, Lustosa AR, Bezerra CMJ. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2006; 10: 273-80.
- Sisley A, Jacobs LM, Poole G, Campbell S, Esposito T. Violence in America: a public health crisis-domestic violence. *J Trauma*. 1999; 46: 1105-12.
- Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22: 31-9.
- Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência de violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40: 604-10.
- Hamberger LK. Preparing the next generation of physicians: trauma, violence Abuse 2007; 8: 214-25.
- Aksan HAD, Aksu F. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate violence partner. *BMC Public Health*. 2007; 7: 350-60.
- Zakar R, Zakar MZ, Kraemer A. Primary health care physicians' responses to the victims of spousal violence against women in Pakistan. *Health Care Women Int*. 2011; 42: 811-32.
- Bryant SA, Spencer GA. Domestic Violence: what do nurse practitioner think? *J Am Nurs Pract*. 2002; 14: 421-7.
- Haggblom AME, Hallberg LRM, Moller AR. Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nurs Health Sci*. 2005; 7: 235-42.
- 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.
- Vieira EM, Vicente LM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 331: 63-71.
- Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AM, Nakano AMS, Santos MA, Daltoso D, De Ferrante FG. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12: 56-77.
- Rodrigues DT. Análise da violência doméstica entre as mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007. 166 p.
- Schraiber L, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface*. 2003; 7: 41-54.
- D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação dos profissionais. *J Rede Saúde*. 1999; 19: 3-4.
- Djikanovic B, Lo Fo Wong S, Jansen HA, Koso S, Simic S, Otasevic S, Lagro-Janssen A. Help-seeking behaviour of women who experienced intimate partner violence: a cross-sectional study conducted in Belgrade, Serbia. *Fam Pract*. 2011; 5: 1-7.
- Barret BJ, Pierre MS. Variations in women's help seeking in response to intimate partner violence: findings from a Canadian population-based study. *Violence Against Women*. 2011; 17: 47-70.
- Cann K, Withnell 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.
- Rodríguez-Bolaños RA, Marquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. Violência de gênero: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública México*. 2005; 47: 134-44.
- Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending in general practice. *Austr N Z J Public Health*. 2001; 5: 433-7.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários. Brasília, DF; 2005.
27. WHO (World Health Organization). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.
28. Schraiber LB, Kiss LB. Temas médico-sociais e as intervenções em saúde: a violência contra as mulheres nos discursos dos profissionais. Cien Saúde Colet. 2011; 16: 1943-52.

---

Recebido em 27 de setembro de 2011

Versão final apresentada em 5 de junho de 2012

Aprovado em 17 de julho de 2012