

## Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família



*Gender violence: knowledge and professional conduct of the family health strategy*

*La violencia de género: conocimiento y conducta profesional de la estrategia salud de la familia*

Lidiane de Cassia Amaral Martins<sup>a</sup>  
Ethel Bastos da Silva<sup>a</sup>  
Alitéia Santiago Dilélio<sup>b</sup>  
Marta Cocco da Costa<sup>a</sup>  
Isabel Cristina dos Santos Colomé<sup>a</sup>  
Jaqueline Arboit<sup>c</sup>

### Como citar este artigo:

Martins LCA, Silva EB, Dilélio AS, Costa MC, Colomé ICS, Arboit J. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0030. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0030>.

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0030>

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os conhecimentos e condutas de profissionais de unidades da Estratégia Saúde da Família frente à violência de gênero.

**Métodos:** Estudo descritivo, realizado com 53 profissionais de sete unidades de Estratégia Saúde da Família no período de março a julho de 2015. Os dados foram coletados por meio de instrumento autoperenchido e analisados no software Excel 2007.

**Resultados:** Observou-se que o conhecimento dos profissionais sobre as definições, epidemiologia e manejo da violência variou de razoável a ótimo, apesar de conhecerem pouco sobre a prevalência de violência durante o período gestacional. Quanto às condutas, evidenciou-se dificuldade em questionar as mulheres sobre a violência e sua notificação. Os profissionais com menor tempo de assistência e que receberam capacitação apresentaram condutas mais adequadas.

**Conclusões:** Sugere-se a realização de ações educativas visando fornecer subsídios para a atuação dos profissionais frente aos casos de violência de gênero.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Estratégia saúde da família. Conhecimento. Atitude.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the knowledge and behaviors of health professionals of units of the Strategies Family opposite gender violence.

**Methods:** This descriptive study with 53 seven of units of the family health strategy professionals from March to July 2015. Data were collected through a self-administered instrument and analyzed in Excel 2007 software.

**Results:** It was observed that the knowledge of professionals about definitions, epidemiology and management of violence ranged from reasonable to good, despite knowing little about the prevalence of violence during pregnancy. Regarding the conduct was evident difficulty in questioning women about violence and its notification. Professionals with shorter assistance and who received training were more assertive results regarding conduct.

**Conclusions:** It is suggested that educational actions in service be carried out in order to provide subsidies for the professionals' action against cases of gender violence.

**Keywords:** Violence against women. Family health strategy. Knowledge. Attitude.

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el conocimientos y el comportamientos de profesionales de unidades de la salud de la familia Estrategias violencia de género opuesto.

**Métodos:** Estudio descriptivo con 53 profesionales de unidades de La salud de la familia de siete estrategias en el período de marzo a julio de 2015. Los datos fueron recolectados a través de un instrumento de auto-administrados y analizados en el software Excel 2007.

**Resultados:** Se observó que el conocimiento de los profesionales acerca de las definiciones, la epidemiología y la gestión de la violencia varió de razonable buena, a pesar de saber poco acerca de la prevalencia de la violencia durante el embarazo. En cuanto a la conducta era evidente dificultad para cuestionar las mujeres acerca de la violencia y su notificación. Los profesionales con la asistencia más corto y que recibieron entrenamiento fueron los resultados más asertivo respecto a la conducta.

**Conclusiones:** Sugieren la realización de actividades de educación en servicio para proporcionar información para el trabajo de los profesionales en los casos de violencia de género.

**Palabras clave:** Violencia contra la mujer. Estrategia de salud familiar. Conocimiento. Actitud.

<sup>a</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões. Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Departamento de Enfermagem, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Santa Maria. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A violência de gênero é um grave problema de saúde pública<sup>(1)</sup>, apresentando alta prevalência mundial. Estudo revela que uma a cada três mulheres já vivenciou violência física ou sexual por parceiro íntimo, familiares ou pessoas com quem a mulher tenha relação íntima de afeto<sup>(2)</sup>.

As consequências da violência de gênero na saúde das mulheres faz com que elas procurem os serviços de saúde mais próximos de suas residências demandando respostas<sup>(3)</sup>. Nesta direção, a Atenção Básica de Saúde, representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é reconhecida como um espaço propício para acolher mulheres em situação de violência de gênero, pelo fato de que este modelo de atenção tem o vínculo como base da relação profissional/usuário e trabalha com adscrição da população no território<sup>(4)</sup>.

A violência de gênero é apontada como problema de saúde pelos profissionais da ESF, embora não seja tratada como demanda prioritária. A inexistência de um programa específico para o enfrentamento deste agravo é um dos motivos do déficit de acolhimento desta demanda<sup>(5)</sup>. A inexistência de uma rede de serviços estruturada e articulada também dificulta o atendimento<sup>(4)</sup>. Desse modo, a investigação de casos de violência de gênero pelo setor saúde é negada pelos profissionais, sendo vista como uma questão social, de competência de outros setores. Quando identificada, as ações restringem-se ao tratamento de lesões<sup>(3)</sup>.

Constata-se assim, dificuldades de reconhecimento da violência pelos profissionais da saúde, sendo a falta de capacitação profissional um fator motivador para isso<sup>(6)</sup>. O despreparo profissional advindo da formação ou da ausência de qualificação em serviço reflete diretamente nas ações de atendimento a essa problemática, impactando no não reconhecimento da violência que acomete muitas das mulheres que procuram o serviço<sup>(7)</sup>.

Atender mulheres que vivenciam violência de gênero requer do profissional da ESF uma visão de mundo e de práticas de cuidado voltadas às questões de gênero. O conhecimento sobre as necessidades em saúde geradas pela opressão feminina com base em questões de gênero deve nortear as condutas das equipes. No entanto, nem sempre este conhecimento está presente, o que implica diretamente em condutas limitadas pelo modelo biomédico, representadas pela medicalização e psicologização<sup>(4)</sup>.

Diante da problemática, o estudo tem como questão norteadora: Quais os conhecimentos e as condutas de profissionais de ESF frente à violência de gênero? O objetivo consiste em avaliar os conhecimentos e as condutas de profissionais de unidades de ESF frente à violência de gênero.

## ■ MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com profissionais de saúde de sete unidades de ESF de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Todas as unidades de ESF existentes no município constituíram o cenário do estudo. No âmbito destas unidades é prestada assistência à saúde das mulheres mediante consultas de pré-natal e puerpério, prevenção de câncer de mama e colo de útero, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e planejamento familiar.

No período de coleta de dados, estas unidades contabilizavam 73 profissionais de saúde. Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, odontólogo ou auxiliar de saúde bucal) e trabalhador de unidade de ESF. Como critério de exclusão: estar em licença de qualquer natureza no período de coleta de dados.

Para a amostra final, dois profissionais (2,7%) foram excluídos por estarem afastados, cinco (7,0%) não aderiram à pesquisa e 13 (18,3%) não responderam o questionário, totalizando 53 profissionais de saúde, refletindo uma taxa de resposta de 74,6%.

Utilizou-se um questionário de autopreenchimento adaptado do instrumento utilizado por Vieira e Vicente<sup>(8)</sup>. Para a escala de atitudes, foram inseridas questões de um questionário empregado na África do Sul<sup>(9)</sup>. O instrumento passou por um processo de tradução e adaptação transcultural<sup>(10)</sup>. Questões abordando variáveis sociodemográficas foram incluídas.

O questionário foi testado com dois profissionais do Centro de Planejamento e Assistência à Saúde da Mulher do município e modificado para ser aplicado aos profissionais da ESF. A coleta de dados ocorreu de março a julho de 2015. O questionário foi entregue em envelope fechado com orientações de preenchimento para cada membro da equipe da ESF. O pesquisador responsável entregou e explicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após, os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE em duas vias, ficando uma via com estes e a outra com a pesquisadora. Após uma semana, o questionário foi recolhido.

Realizou-se uma análise descritiva sobre o conhecimento e atitudes do profissional sobre violência de gênero, com questões sobre o conceito, epidemiologia e percepção do profissional sobre o assunto. As questões sobre o conhecimento eram de verdadeiro (V) e falso (F) e aquelas sobre o conceito de violência, todas verdadeiras. Sobre epidemiologia, a primeira e a última eram: F, e a segunda e a terceira: V; sobre a revelação da violência, as respostas: V, F,

V, F e V; em relação ao manejo de casos, as respostas: F, V, F, V, V; quanto a indícios de casos de violência, as respostas eram: F, V, F, F, F, V, V, F e V. Sobre atitudes, as respostas eram de concordância ou discordância. Quanto a como o profissional se sente ao abordar a temas como violência, sexualidade e uso de drogas, as opções de respostas eram: incomodado, à vontade e indiferente.

Os dados foram inseridos e analisados no *software* Excel 2007 a partir da frequência simples de cada variável, e estratificação por tempo de assistência e capacitação no serviço para variáveis relacionadas ao atendimento. Para analisar o conhecimento e a conduta dos profissionais, elaborou-se um escore de repostas certas, erradas e não sabe. Para acertos adotou-se o seguinte: < 50% de acertos – baixo conhecimento, 50% a 60% de acertos – razoável, 61% a 70% – bom, 71% a 80 – muito bom, 81% a 90 – ótimo e > 91% – excelente. Para os erros: < 50% de erros – baixo conhecimento, 50% a 60% – razoável, 61% a 70% – pouco conhecimento, 71% a 80% – muito pouco, 81% a 90% – pouquíssimo e > 91% – quase nenhum conhecimento. E, para as respostas não sabe: < de 50% – baixo conhecimento, 50% a 60% – conhecimento razoável, 61% a 70% não sabe – pouco conhecimento, de 71% a 80% – muito pouco conhecimento, de 80% a 91% – pouquíssimo conhecimento e > 91 % – quase nenhum conhecimento.

O estudo respeitou as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 909978.

## ■ RESULTADOS

Quanto às características dos participantes, a média de idade era 37,7 anos; 88,7% se autodeclararam brancos; 54,8%, católicos; quanto ao estado civil, 62,2% eram casados. Quanto ao nível de instrução, 13,3% eram graduados em enfermagem; 5,7%, medicina; 3,7%, odontologia; 22,6%, em outros cursos (letras, gestão pública, biologia, pedagogia, educação física e serviço social), 45,3% possuíam nível médio ou fundamental e 9,4% não responderam.

Quando questionados acerca da capacitação profissional sobre a violência, 83,1 consideraram muito importante e 66,0% afirmaram ter recebido instrução no serviço. Ao avaliar os sentimentos dos profissionais acerca da violência de gênero, observou-se que 52,0% sentiam-se incomodados ao perguntar se a mulher vive situações de violência com o parceiro e 44%, ao perguntar sobre drogas ilícitas. Os profissionais sentiam-se à vontade para perguntar sobre tabagismo (88,0%) e a respeito do consumo de álcool (58,0%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Descrição da amostra de acordo com o sentimento do profissional da Estratégia de Saúde da Família acerca do fenômeno da violência de gênero durante a assistência prestada. Palmeira das Missões/RS, Brasil, 2015

Como o profissional se sente ao questionar:	Incomodado n (%)	À vontade n (%)	Indiferente n (%)	Nunca perguntei n (%)
A respeito do consumo de bebidas alcoólicas.	15 (30,0)	29 (58,0)	01 (2,0)	05 (10,0)
Se a usuária é tabagista ou não.	04 (8,0)	44 (88,0)	01 (2,0)	01 (2,0)
Sobre a vida sexual da usuária.	16 (32,0)	18 (36,0)	02 (4,0)	14 (28,0)
Se a usuária usa drogas ilícitas.	22 (44,0)	18 (36,0)	10 (20,0)	00 (0,0)
Se vive situações violentas com o parceiro.	26 (52,0)	10 (20,0)	01 (2,0)	13 (26,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A Tabela 2 apresenta a visão e conceitos relacionados à violência de gênero. Quanto às atitudes, houve concordância da maioria com: o papel do profissional no atendimento à violência de gênero deve ser o mesmo que desempenha para crianças vitimizadas (65,3%). E, com: a agressão é um problema (98,0%); o uso de álcool e drogas (69,9%) e os problemas psicológicos (64,8%) são motivo de violência. Mais da metade (58,4%) não concordou com: problemas sociais são situações causas de violência.

Houve discordância quanto a: as mulheres agredidas pelo marido mantêm-se nessa situação devido a seu masoquismo (83,0%). Com relação aos agressores, discordou-se de que: estes devam receber compaixão por serem emocionalmente perturbados (88,5%); um marido bata em sua esposa (98,1%); a agressão à mulher seja algo de fórum íntimo e privado (68,6%). E 92,4% concordaram com: os maridos devem ser presos por agressão. (Tabela 2).

**Tabela 2** - Descrição da amostra de acordo com a visão e conceitos dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família relacionados à violência de gênero. Palmeira das Missões/RS, Brasil, 2015

Visão e conceito dos profissionais quanto à violência de gênero:	Concordo n (%)	Discordo n (%)	Indiferente n (%)
O papel do profissional deve ser igual ao que desempenha para crianças vitimizadas.	34 (65,3)	17 (32,7)	01 (2,0)
A agressão deve ser considerada como um problema pelo profissional da ESF.	51 (98,0)	01 (2,0)	00 (0,0)
A agressão por seu marido é causada por fatores sociais como desemprego.	15 (28,3)	31 (58,4)	07 (13,3)
A agressão por seu marido é causada pelo uso abusivo de álcool e drogas.	37 (69,9)	12 (22,6)	04 (7,5)
A agressão por seu marido é causada por problemas psicológicos da vítima.	12 (23,0)	29 (55,8)	11 (21,2)
A agressão por seu marido é causada por problemas psicológicos do marido.	33 (64,8)	13 (25,4)	05 (9,8)
As mulheres agredidas pelo marido mantêm-se nessa situação devido ao seu masoquismo.	07 (13,2)	44 (83,0)	02 (3,8)
Os agressores devem receber compaixão por serem emocionalmente perturbados.	02 (3,8)	46 (88,5)	04 (7,7)
Os maridos devem ser presos por agressão.	48 (92,4)	02 (3,8)	02 (3,8)
É aceitável que um marido bata em sua esposa.	01 (1,9)	51 (98,1)	00 (0,0)
A agressão do marido à mulher é de fórum íntimo e privado.	11 (21,6)	35 (68,6)	05 (9,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os dados da Tabela 3 permitem identificar o conhecimento dos profissionais em relação à violência de gênero, quanto às definições de violência contra a mulher, quanto às afirmações sobre a epidemiologia e às taxas de morbimortalidade da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo, quanto às atitudes e manejo dos profissionais frente à revelação da violência.

Em relação ao conhecimento sobre a violência de gênero mais de 80% dos profissionais demonstraram conhecer o conceito de violência. Com um percentual acima de 80% de afirmações marcadas como verdadeiras sobre a epidemiologia da violência, observou-se baixo conhecimento dos profissionais. Sobre a prevalência da violência na gravidez, houve apenas 11,8% de acertos e 50,9% de respostas não sei. Com relação à lesão corporal houve 35,3% de acertos e 56,9% de erros. Quanto à revelação da violência, constata-se pouco conhecimento sobre a abordagem direta da usuária sobre a violência, com 19,3% de acertos. A maior parte dos profissionais demonstrou que sabia como deveria abordar a mulher sobre a violência vivida (Tabela 3).

Quanto ao manejo dos casos de violência, os profissionais apresentaram um conhecimento que variou de razoável a ótimo, com um percentual de acertos na 1ª, 2ª, 4ª e 5ª questões que variou de 66,8% a 94,2%. Quanto à prescrição de calmantes / antidepressivos, 60,8% não sabiam ou erraram e 39,2% acertaram, revelando pouco conhecimento sobre este tema (Tabela 3).

Na presença de indícios de violência contra a mulher, as questões sobre a recomendação da terapia de casal tiveram um percentual de erro e não sabe de 81,2%; e a indicação de psicoterapia teve um percentual total de erros e não sabe de 92,4%. Quanto à notificação compulsória, 70,5% das repostas foram corretas, constatando-se bom conhecimento, no entanto, quanto à prática da notificação houve 50,1% de respostas certas e 40,9% de repostas não sabe, indicando a necessidade de maior esclarecimento sobre a execução do procedimento. Ressalta-se o percentual de respostas erradas (97,8%) quanto a recorrer a protocolos de manejo de casos de violência. Nas demais questões deste grupo, os profissionais obtiveram um percentual de acertos que variou de 82% a 97% (Tabela 3).

**Tabela 3** - Descrição da amostra de acordo com o conhecimento dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em relação à violência de gênero. Palmeira das Missões/RS, Brasil, 2015

<b>Conhecimento dos profissionais quanto a:</b>	<b>Verdadeiro n (%)</b>	<b>Falso n (%)</b>	<b>Não sabe n (%)</b>
<b>- Definições de violência contra a mulher</b>			
Violência no âmbito familiar e qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados.	42 (80,8)	04 (7,7)	06 (11,5)
Menosprezar, difamar, humilhar ou intimidar são variantes da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo.	51 (96,2)	01 (1,9)	01 (1,9)
Empurrões e bofetadas são formas de violência de gênero.	50 (98,0)	01 (2,0)	00 (0,0)
Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência.	52 (100)	--	--
Qualquer conduta que configure retenção, destruição de objetos é considerada uma violência moral.	46 (90,2)	04 (7,9)	01 (1,9)
<b>- Afirmações referentes à epidemiologia e às taxas de morbimortalidade de violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo</b>			
Na maioria dos casos a violência é praticada por pessoas desconhecidas.	02 (3,8)	46 (88,5)	04 (7,7)
Poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal.	18 (35,3)	29 (56,9)	04 (7,8)
Uma em cada cinco mulheres que frequentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro.	06 (11,8)	19 (37,3)	26 (50,9)
A maioria das mulheres que vive em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de Palmeira das Missões.	08 (15,4)	35 (67,3)	09 (17,3)
<b>- Em relação à revelação da violência o profissional deve</b>			
Abordar diretamente o paciente perguntando: "Você está apanhando em casa?"	10 (19,3)	37 (71,1)	05 (9,6)
Evitar abordar o assunto a menos que essa seja a queixa principal da paciente.	16 (30,8)	31 (59,6)	05 (9,6)
Perguntar se há alguém com problemas de alcoolismo em casa e se essa pessoa fica violenta quando bebe.	12 (23,6)	36 (70,6)	03 (5,8)
Perguntar insistentemente se a paciente vive situações de violência.	12 (23,6)	36 (70,6)	03 (5,8)
Explicar que a violência contra a mulher é muito comum na vida das mulheres e dizer que pergunta isso a todas as pacientes.	37 (71,2)	11 (21,2)	04 (7,6)
<b>- Em relação ao manejo do caso de violência</b>			
O profissional deve ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto.	02 (3,9)	50 (96,1)	--
Marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa.	49 (94,2)	--	03 (5,8)
O médico deve prescrever calmantes para a paciente conseguir lidar com possíveis problemas que tem em casa.	11 (21,6)	20 (39,2)	20 (39,2)
No caso de violência sexual direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/aids, incluindo interrupção de gravidez prevista em lei.	34 (66,8)	06 (11,7)	11 (21,5)
Avaliar com a mulher o risco que ela sofre com os tipos de agressão e resultados da violência.	44 (84,6)	01 (1,9)	07 (13,4)

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

Deve aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente.	11 (22,0)	27 (54,0)	12 (24,0)
Deve propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e os seus filhos.	41 (82,0)	02 (4,0)	07 (14,0)
Recomendar terapia de casal.	22 (51,2)	08 (18,6)	13 (30,2)
Deve indicar psicoterapia.	25 (58,1)	02 (4,6)	16 (37,3)
Uma vez que a informação é sigilosa, não se deve notificar o fato.	05 (11,3)	31 (70,5)	08 (18,2)
O profissional deve realizar a notificação compulsória.	22 (50,0)	04 (9,1)	18 (40,9)
Dar número de telefone de abrigo e organização que cuidem mulheres na situação de violência.	40 (86,9)	--	06 (13,1)
Recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do MS.	45 (97,8)	--	01 (2,2)
Orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher.	45 (97,8)	--	01 (2,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As características sobre o sentimento, conhecimento, crença e condutas dos profissionais considerando o tempo de assistência no serviço de saúde e a exposição prévia a capacitação sobre o tema violência de gênero são descritas na Tabela 4.

Ao verificar as informações relacionadas à conduta dos profissionais frente à violência de gênero, observou-se que possuir tempo de assistência menor ou igual a 10 anos im-

plica no melhor conhecimento das condutas frente à usuária. Ainda, profissionais que receberam capacitação em serviço reconheceram as situações de violência e as condutas a serem desenvolvidas. Ressalta-se que, entre os profissionais com maior tempo de assistência e com capacitação no serviço, um quarto acreditava que os maridos agressores não deveriam ser presos por agressão e que esta agressão não deve ser tratada como problema pelo médico (Tabela 4).

**Tabela 4** - Características sobre o sentimento, conhecimento, crença e condutas dos profissionais de acordo com o tempo de assistência e a capacitação. Palmeira das Missões/RS, Brasil, 2015

Variável	Tempo de assistência			Capacitação no Serviço			Total n (%)
	≤ 10 anos n (%)	> 10 anos n (%)	IGN n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	IGN n (%)	
<b>Diante de uma mulher suspeita de sofrer violência, o profissional concorda que:</b>							
A agressão à mulher por seu marido deve ser considerada e tratada como um problema pelo médico.	27 (53,0)	13 (25,5)	11 (21,5)	35 (68,7)	12 (23,5)	04 (7,8)	51
A agressão à mulher por seu marido é causada pelo uso abusivo de álcool e drogas.	22 (59,5)	06 (16,2)	09 (24,3)	26 (70,2)	08 (21,6)	03 (8,2)	37
A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos da vítima.	14 (42,4)	10 (30,3)	09 (27,3)	24 (72,8)	06 (18,2)	03 (9,0)	33
Os maridos agressores deveriam ser presos por agressão.	24 (55,2)	13 (28,1)	11 (22,9)	31 (64,5)	12 (25,0)	05 (10,5)	48
<b>Sobre definição de violência contra a mulher, o profissional acredita que:</b>							
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.	22 (52,4)	12 (28,6)	08 (19,0)	26 (62,0)	13 (30,9)	03 (7,1)	42

Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher pelo parceiro íntimo.	27 (54,0)	13 (26,0)	10 (20,0)	33 (66,0)	12 (24,0)	05 (10)	50
Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero.	27 (52,0)	14 (26,9)	11 (21,1)	35 (67,3)	12 (23,0)	05 (9,7)	52

### Sobre a revelação da violência, o profissional acredita que deve:

Explicar que a violência contra a mulher é muito comum na vida das mulheres e dizer que pergunta isso a todas as suas pacientes, e em seguida perguntar: "Você já sofreu abuso ou apanhou do seu parceiro?"	18 (48,8)	11 (29,6)	08 (21,6)	26 (70,2)	08 (21,6)	03 (8,2)	37
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	----------	----

### Sobre o manejo dos casos de violência, o profissional acredita que:

Deve marcar retorno em intervalos menores que 1 mês quando suspeitar que a paciente sofre violência em casa.	27 (55,1)	14 (28,6)	08 (16,3)	31 (63,2)	13 (26,5)	05 (10,3)	49
No caso de violência sexual deve direcionar o atendimento para a contracepção de emergência, profilaxia de DST/AIDS e outros procedimentos médicos necessários, incluindo interrupção de gravidez prevista em lei.	18 (53,0)	10 (29,5)	06 (17,5)	24 (70,6)	07 (20,5)	03 (8,9)	34
Deve avaliar com a cliente o risco que ela sofre com os tipos de agressão e resultados da violência.	22 (50,0)	13 (29,5)	09 (20,5)	29 (66,0)	10 (22,7)	05 (11,3)	44

### Quando há indícios de violência contra mulher, o profissional acredita que deve:

Propor que a paciente elabore um plano de segurança para ela e os seus filhos.	20 (48,8)	12 (29,2)	09 (22,0)	28 (68,2)	09 (22,0)	04 (9,8)	41
Recomendar terapia de casal.	12 (54,6)	06 (27,2)	04 (18,2)	19 (86,4)	02 (9,0)	01 (4,6)	22
Indicar a psicoterapia.	13 (52,0)	07 (28,0)	05 (20,0)	19 (76,0)	05 (20,0)	01 (4,0)	25
Sugerir que a paciente traga o parceiro na próxima vinda ao serviço de saúde junto com ela para conversarem.	12 (52,1)	05 (21,8)	06 (26,1)	17 (74,0)	05 (21,8)	01 (4,2)	23
Dar o número de telefone de abrigo e organizações que cuidem mulheres na situação de violência.	20 (50,0)	10 (25,0)	10 (25,0)	30 (75,0)	08 (20,0)	02 (5,0)	40
Recorrer a protocolo de manejo de caso de suspeita de violência de gênero do Ministério da Saúde.	17 (53,1)	08 (25,0)	07 (21,9)	25 (78,1)	05 (15,6)	02 (6,3)	32
Orientar a mulher em situação de violência para procurar a delegacia da mulher.	24 (53,3)	10 (22,2)	11 (24,5)	32 (71,2)	11 (24,4)	02 (4,4)	45

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: (\*) As respostas ignoradas não foram consideradas para o cálculo de porcentagens.

Na Tabela 5 apresentam-se as respostas obtidas dos profissionais ao questioná-los sobre o seu comportamento e conduta frente às situações de violência de gênero.

Os profissionais com menor tempo de serviço (< 10anos) sentiam-se mais à vontade para perguntar sobre o uso de drogas e situações de violência. A maioria acreditava que a

mulher que vive em situação de violência tem alguma vantagem e, por isso fica na situação (Tabela 5). Considerando o tempo de assistência > que 10 anos, metade dos profissio-

nais acreditava que não deveria aconselhar a mulher a deixar o parceiro e notificar o fato, sendo esta proporção superior em indivíduos que tiveram capacitação no serviço (Tabela 5).

**Tabela 5** - Comportamento e conduta dos profissionais frente a situações de violência de gênero de acordo com o tempo de assistência e a capacitação. Palmeira das Missões/RS, Brasil, 2015

O profissional	Tempo de assistência		Capacitação no Serviço		Total
	≤ 10 anos n (%)	> 10 anos n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Sente-se incomodado ao perguntar para a mulher sobre:</b>					
Drogas	16 (88,8)	02 (11,1)	16 (72,8)	06 (27,27)	22
Situações de violência	14 (77,7)	04 (22,2)	21 (80,76)	05 (19,3)	26
*Acredita que a mulher que vive em situação de violência tem alguma vantagem e por isso fica nessa situação.	19 (65,51)	10 (34,6)	26 (70,27)	11 (29,72)	39
<b>*Acredita que sobre o manejo dos casos de violência não deve:</b>					
Ignorar hematomas ou outros sinais de violência enquanto a paciente não tocar no assunto.	28 (70,00)	12 (24,0)	32 (71,11)	13 (28,8)	50
<b>*Acredita que quando há indícios de violência contra a mulher não deve:</b>					
Aconselhar a paciente a deixar seu parceiro imediatamente.	13 (65,0)	07 (25,9)	17 (70,08)	07 (29,1)	27
Uma vez que a informação é sigilosa, não se deve notificar o fato.	15 (62,5)	09 (37,5)	21 (72,41)	08 (27,58)	31

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nota: (\*) As respostas ignoradas não foram consideradas para o cálculo de porcentagens.

## ■ DISCUSSÃO

Os profissionais deste estudo percebem a violência de gênero como demanda da ESF, porém sentiam-se incomodados ao indagar as usuárias sobre esta, e alguns nunca perguntaram a respeito. Ao atender casos de violência, determinados profissionais de saúde sentem-se inibidos de falar sobre questões que ultrapassam condutas de cuidado tradicionais<sup>(11)</sup>. A sensibilização para atuar na perspectiva biopsicossocial do processo saúde/doença é fundamental<sup>(12)</sup>, tendo em vista a complexidade da violência de gênero.

O desconhecimento sobre como agir faz com que o profissional não aborde diretamente o assunto, mesmo em casos onde há suspeita de violência<sup>(11)</sup>. A adequada formação dos profissionais repercute de modo favorável para a detecção da violência de gênero<sup>(12)</sup>. Outro estudo, desenvolvido com enfermeiros na Espanha, também revelou que a falta de formação é a principal dificuldade para a identificação desta violência<sup>(13)</sup>.

A maior parte dos profissionais tem a visão de que a violência por parceiro não é uma questão íntima e privada,

e que as causas não são de ordem social, mas de problemas psicológicos, uso de álcool e drogas relacionados ao agressor. O uso de álcool e drogas pode facilitar a ocorrência de violência de gênero, pois aumenta o estresse e diminui a censura<sup>(5)</sup>.

O ambiente doméstico é considerado um espaço íntimo com garantia de privacidade, talvez por isso a violência seja uma questão de difícil abordagem para os profissionais<sup>(11)</sup>. Embora os meios de comunicação divulguem informações com noções de que a violência de gênero é um problema social, os efeitos são sutis. Além disso, há profissional cujas condutas conservadoras reforçam a ideia de que o problema é privado<sup>(5)</sup>.

Os profissionais deste estudo acreditavam que o agressor deve ser preso. Essa medida prevista na Lei Maria da Penha<sup>(14)</sup> contribui para coibir a violência de gênero. Para tanto, as mulheres devem ter conhecimento das medidas preconizadas por esta lei, realizar a denúncia e dar continuidade ao inquérito policial acessando os serviços de polícia e de justiça. Nessa direção, os profissionais de saúde, ao assistir as mulheres, devem reforçar a importância des-

ta lei, seja no serviço de saúde ou no domicílio, buscando empoderá-las acerca de seus direitos.

Os participantes da pesquisa apresentaram bom conhecimento sobre as dimensões definições, epidemiologia, revelação, manejo de casos e indícios de violência contra a mulher. A inabilidade para a condução dos casos é também atribuída a pouca abordagem da violência de gênero nos currículos de graduação<sup>(7)</sup>. Assim, destaca-se a necessidade de inclusão do tema na formação acadêmica e da capacitação profissional<sup>(5)</sup>.

O baixo conhecimento epidemiológico dos profissionais do estudo pode estar associado à dificuldade de relacionar a violência com os sinais relatados pelas mulheres. O desconhecimento da epidemiologia também é relatado em uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto<sup>(15)</sup>. O pouco conhecimento dos profissionais sobre a prevalência de mulheres agredidas e a presença da lesão corporal pode impedir a investigação daquelas que chegam à unidade com ferimentos por violência. A agressão física é a mais reconhecida nos espaços de saúde, no entanto, invisível nas condutas profissionais<sup>(3)</sup>.

A maior parte dos profissionais desconhecia a alta prevalência de violência na gravidez. Diversos estudos têm apresentado a prevalência da violência na gestação, como o realizado com 232 gestantes em acompanhamento pré-natal, que revelou que 55,2% sofreram algum tipo de violência do parceiro íntimo alguma vez na vida e em 15,5% essa violência ocorreu durante a gestação<sup>(16)</sup>. Neste sentido, destaca-se que a assistência pré-natal de qualidade é um fator potencializador da atenção às mulheres em situação de violência<sup>(17)</sup>.

Pouco menos da metade dos profissionais não sabia que é necessária a realização da notificação compulsória. Ainda que tenham conhecimento sobre esta, um fator que interfere é o não reconhecimento da violência, principalmente em casos velados<sup>(15)</sup>. Quando não identificam, acabam não notificando a violência, e deste modo contribuem para a invisibilidade desta no cenário dos serviços de saúde<sup>(4)</sup>.

Grande parte dos profissionais desconhecia que deve perguntar diretamente à mulher se sofre violência. Quando questionados sobre a forma de perguntar às mulheres sobre a violência, preferiram uma abordagem indireta, que pode estar relacionada ao medo de ofender a usuária e à noção de que o problema é de cunho privado<sup>(8)</sup>. É necessário que os profissionais melhorem suas habilidades para detecção da violência, realizando perguntas de triagem de modo habitual<sup>(13)</sup>. Embora a maioria não se sinta confortável, precisam incluir questionamentos diretos acerca da violência na rotina dos atendimentos às mulheres.

A maior parte dos profissionais entendem que a mulher e o agressor devem receber atendimento psicoterápico, que a mulher deve fazer uso de medicamento calmante para enfrentar a situação e que a terapia de casal é uma alternativa para a solução do problema. Essa noção medicalizadora situa o problema no âmbito do normal e do patológico<sup>(4)</sup>.

Quase a totalidade dos profissionais desconhecia que há protocolos do Ministério da Saúde para atender a mulher em situação de violência, salvo em casos de violência sexual, que no estudo em tela era de conhecimento da maioria. Se, por um lado, os protocolos fornecem subsídios para o desenvolvimento de ações, por outro, podem ser limitadores, visto que cada caso é um caso<sup>(15)</sup> e, portanto, necessitaria de um olhar singular. Apesar destas divergências, é inegável que a falta de tecnologias de identificação e enfrentamento da violência na prática dos profissionais limita as ações a questões biológicas<sup>(4)</sup>.

Para a implementação de um protocolo é necessário que os profissionais incluíssem em suas práticas tecnologias que privilegiassem a intersubjetividade, a interação e a escuta sensível. Aliado a isso é imperativo que olhem para a mulher além do biológico, considerando sua inserção no contexto sociocultural, cuja vida e ações são influenciadas por ele<sup>(4)</sup>.

A maioria dos profissionais sabia que deve orientar a mulher a realizar a denúncia na delegacia de polícia. Para tanto, a capacitação profissional torna-se indispensável, pois permite que os profissionais estejam aptos para dar orientações pertinentes às mulheres<sup>(18)</sup>. Ademais, esta capacitação pode prevenir a revitimização das mulheres, pois a partir dela poderão ofertar uma assistência qualificada<sup>(18)</sup>.

Evidencia-se, que profissionais com menor tempo de serviço apresentaram maior conhecimento das condutas frente à usuária, e, também, se sentiam mais à vontade ao questioná-las sobre a violência. Metade dos profissionais com mais de 10 anos de assistência acreditava que não se deve aconselhar a mulher a deixar o parceiro e notificar o fato, sendo esta proporção ainda maior naqueles que receberam capacitação. Esta noção pode estar associada à ideia de que a denúncia é o mesmo que a notificação e ao desconhecimento da obrigatoriedade da notificação, situação evidenciada em estudo serviços de atenção primária de Belo Horizonte e Minas Gerais<sup>(19)</sup>. O fato de os profissionais acreditarem que não devem aconselhar a separação da usuária pode ser porque acreditavam que, embora sofrendo violência, a usuária não deseja a separação e que a permanência da mulher na relação associa-se à crença do casamento como realização feminina, e também por dependência social e econômica de seus parceiros<sup>(5)</sup>.

## ■ CONCLUSÃO

Neste estudo constatou-se que a violência de gênero era considerada como demanda pelos profissionais das unidades da ESF cenário do estudo. No entanto, estes não se sentiam à vontade para abordar o assunto com as usuárias e, alguns, nunca questionaram sobre esta problemática.

Evidenciou-se conhecimento quanto às definições, epidemiologia e manejo dos casos de violência. Por outro lado, havia desconhecimento acerca das taxas de violência durante a gestação. Alguns profissionais acreditavam que não devem notificar a violência contra mulher. Possivelmente não tiveram informações sobre notificação compulsória, o que contribui para a ausência de registros. Os profissionais com menor tempo de assistência apresentaram resultados mais positivos em relação à atuação em situações de violência.

Dentre as limitações do estudo, registra-se que este apresentou a visão de profissionais da ESF, havendo, no entanto, profissionais de outros setores envolvidos no atendimento de mulheres em situação de violência de gênero. Ainda, os resultados não podem ser generalizados, tendo vista as características dos participantes e do contexto do estudo, as quais revelam singularidades.

Entende-se que os benefícios do estudo para o ensino e a pesquisa em saúde e enfermagem consistem em fornecer evidências sobre o conhecimento e as fragilidades nas condutas profissionais. Essas evidências oferecerão subsídios para desenvolver ações educativas em serviço por meio de estudos de intervenção, visando qualificar a atuação dos profissionais frente aos casos de violência de gênero.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Tetikok R, Ozer E, Cakir L, Enginyurt O, Iscanli MD, Cankaya S, et al. Violence towards women is a public health problem. *J Forensic Leg Med*. 2016;44:150-7.
2. World Health Organization (CH). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(48):47-59.
4. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):304-11.
5. Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2014;(22):76-84.
6. Osís MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):351-8.
7. Bernz IM, Coelho EBS, Lindner SR. Desafio da violência doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura. *Sau & Transf Soc*. 2012;3(3):105-11.
8. Vicente LM, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. *Rev Bras Educ Med* 2009;33(1):63-71.
9. Peltzer K, Mashego TA, Mabebe E. Attitudes and practices of doctors toward domestic violence victims in South Africa. *Health Care Women Int*. 2003 Feb;24(2):149-57.
10. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 1993;46(12):1417-32.
11. Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(3):681-90.
12. Loría KR, Rosado TG, Alvarado R, Sánchez AF. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Primaria*. 2015;47(8):490-7.
13. Sánchez CAV, Fernández CG, Díaz AS. Violencia de género: conocimientos y actitudes em enfermería. *Aten Primaria*. 2016;48(10):623-6.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate*. 2014;38(102):482-93.
16. Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano AMS, Monteiro JCS. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):206-13.
17. Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr*. 2013;89(1):83-90.
18. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1229-38.
19. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1805-15.

### ■ Autor correspondente:

Jaqueline Arboit

E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com

Recebido: 14.02.2017

Aprovado: 27.07.2017