

# Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero

## *Knowledge and attitudes of healthcare workers towards gender based violence*

**Elisabeth Meloni Vieira<sup>I</sup>**

**Gleici de Castro Silva Perdoná<sup>I</sup>**

**Ana Maria de Almeida<sup>II</sup>**

**Ana Márcia Spano Nakano<sup>II</sup>**

**Manoel Antônio dos Santos<sup>III</sup>**

**Daniela Daltoso<sup>I</sup>**

**Fernanda Garbelini De Ferrante<sup>I</sup>**

<sup>I</sup> Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

<sup>II</sup> Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

<sup>III</sup> Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

O estudo foi financiado pelo CNPq (Processo nº 403103/05-3), Edital de Enfrentamento da Violência contra a Mulher, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres

**Correspondência:** Elisabeth Meloni Vieira. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Hospital das Clínicas, Departamento de Medicina Social. Av. dos Bandeirantes, 3900 - 2º andar - 14049-900 Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: [bmeloni@fmrp.usp.br](mailto:bmeloni@fmrp.usp.br)

## Resumo

**Objetivos:** Várias são as políticas públicas no Brasil para o enfrentamento da violência contra a mulher. Registra-se na literatura que os profissionais de saúde acham o tema de difícil abordagem. Para melhorar o atendimento no SUS em Ribeirão Preto, realizou-se um estudo para avaliar o conhecimento e a atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Métodos:** Contataram-se 278 profissionais de saúde, dos quais 221 foram entrevistados utilizando-se um questionário estruturado. **Resultados:** 51 (23,0%) eram enfermeiras e 170 (77,0%) médicos; 119 (53,8%) homens e 102 (46,2%) mulheres, com idade média de 38,6 anos; 200 (90,5%) consideravam-se brancos ou asiáticos e 21 (9,5%) pretos e pardos. Tinham em média 12,5 anos de vida profissional e 158 (68,8%) eram oriundos de universidade pública. Apenas pouco mais da metade (58,7%) mostrou conhecimento geral adequado (bom e alto) sobre a violência de gênero, o que indica a necessidade de capacitar os profissionais para este atendimento. Em relação às barreiras para averiguar a violência, os profissionais citaram a falta de uma política institucional e o silêncio da mulher que não revela a violência. Os entrevistados, em particular as mulheres jovens, apresentaram atitudes mais favoráveis para o acolhimento da mulher em situação de violência. **Conclusões:** A maioria dos entrevistados demonstrou atitudes positivas e podemos inferir que há bom potencial para o manejo adequado dos casos, se receberem capacitação.

**Palavras-chave:** Violência de gênero. Violência contra mulher. Capacitação profissional. Atitudes.

## Abstract

**Objectives:** There are several public policies to deal with violence against women in Brazil. The literature has reported that healthcare workers find this subject difficult to approach. To improve care in the public health system (SUS) of Ribeirão Preto, a study was conducted aiming to assess knowledge and attitudes of healthcare workers regarding gender violence. **Methods:** A total 278 healthcare workers were contacted and 221 were interviewed using a structured questionnaire. **Results:** 51 (23.0%) were nurses and 170 (77.0%) physicians, 119 (53.8%) males and 102 (46.2%) females, with a mean age of 38.6 years; 200 (90.5%) considered themselves to be white or Asian and 21 (9.5%) black or mulattos. They had an average of 12.5 years of professional practice and 158 (68.8%) had graduated from a public university. About 58.7% had an adequate general knowledge (good and high) about gender violence, which indicates the need to train healthcare workers. Regarding the barriers to identify violence, healthcare workers mentioned the lack of an institutional policy and the silence of women who do not reveal violence. Respondents, especially young women, presented more favorable attitudes towards women living in violence situation. **Conclusions:** Therefore, most of them show positive attitudes toward women living in violence and we infer that they present good potential for appropriate case management if they receive training.

**Keywords:** Gender violence. Violence against women. Professional training. Attitudes.

## Introdução

### Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero

É alta a prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo no Brasil de acordo com recentes estudos. Em pesquisa conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>, encontrou-se prevalência de 37,9% de violência física alguma vez na vida em mulheres da cidade de São Paulo, e 35,2% da Zona da Mata de Pernambuco<sup>2</sup>. Estudo similar<sup>3</sup> realizado em Embu, São Paulo, refere 33,7% de qualquer tipo de violência na vida. Em pesquisa realizada em 16 capitais brasileiras 21,5% das mulheres relatam abusos físicos menores<sup>4</sup>.

Desde a criação da primeira Delegacia de Direitos da Mulher em 1985, a violência contra a mulher no Brasil tem sido alvo de políticas públicas em vários setores<sup>5-7</sup>, que a reconhecem como importante questão de saúde e de direitos humanos. Sua elevada prevalência é evidente, assim como a necessidade de aparelhar os serviços com recursos adequados para oferecer assistência e apoio às mulheres em situação de violência, como menciona a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que criou, em 2005, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres<sup>7</sup>. Esse plano tem como um de seus objetivos implantar uma política nacional de enfrentamento da violência que garanta o atendimento integral, humanizado e de qualidade. Em 2007, criou-se o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, que pretende investir em serviços entre 2008 e 2011<sup>8</sup>.

Essas iniciativas remontam ao compromisso assinado na Convenção de Belém, Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 1994, pelo governo brasileiro, que se propôs a implementar medidas de combate à violência contra a mulher. Dentre as ações incluem-se aumentar em 30% os serviços de saúde para atendimento das vítimas, contratação de emergência, aborto previsto

por lei – se assim a vítima desejar –, além de capacitação de profissionais para estes atendimentos<sup>9</sup>.

Além disso, com a promulgação da Lei Maria da Penha (nº 11340), em 7 de agosto de 2006<sup>5</sup>, foram criados mecanismos legais para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

A OMS considera a violência de gênero um problema de saúde pública de âmbito mundial<sup>1</sup>. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher<sup>6</sup> menciona o atendimento das mulheres em situação de violência no serviço de saúde como extremamente importante, já que este é muitas vezes o único local procurado. A prevalência da violência cometida pelo parceiro íntimo é mais alta entre as usuárias de serviços, pois estas parecem adotar um padrão repetitivo de comportamento de maior frequência ao serviço de saúde<sup>10</sup>, devido aos efeitos crônicos da agressão em sua saúde. Descrevem-se na literatura, como problemas comuns, além das lesões físicas, as queixas de dor crônica: principalmente dor pélvica e dor de cabeça, problemas digestivos, como colo irritável e distúrbios alimentares, disfunção sexual, depressão, hipertensão arterial e outros<sup>11</sup>. Entretanto, essa violência não é muitas vezes reconhecida e nenhum tipo de acolhimento, assistência, apoio ou encaminhamento é realizado. Observa-se que, de maneira geral, a violência nas relações de gênero não é contabilizada nos diagnósticos realizados, sendo caracterizada pelos profissionais de saúde como problema de extrema dificuldade para ser abordado<sup>12,13</sup>. Estudos mostram que muitas vezes as atitudes dos profissionais são de apoio às mulheres em situação de violência, mas muitos se sentem inseguros no manejo desses casos<sup>14</sup>.

Desde março de 2004 está em vigência no país a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidas pelos serviços de saúde públicos ou privados, determinada pela lei nº 10778<sup>15</sup>. Pelo recente reconhecimento do status da violência de gênero como um problema de saúde, se observa urgente necessidade de capacitar os profissionais de saúde, que devem

estar aptos para reconhecer e manejar os casos de violência. Todavia, estes em geral reconhecem que não tiveram aulas sobre o tema ou atenderam casos durante sua formação profissional<sup>16</sup>. Estudos afirmam que os profissionais de saúde tendem a considerar as questões de violência como pertinentes às áreas da Segurança e Justiça<sup>17</sup>, têm medo de se envolver com o assunto<sup>18</sup>, se restringem a tratar das lesões físicas<sup>19</sup> e não receberam educação sobre o assunto<sup>20</sup>. Observa-se também que, frente às situações clínicas relacionadas à violência, a conduta dos profissionais de saúde é caracterizada pelo não-acolhimento das necessidades ou encaminhamento aos especialistas, o que nem sempre resulta em resposta adequada às demandas das mulheres<sup>21</sup>.

O que se pode depreender desse tipo de atendimento é uma atenção à saúde recortada no acometimento físico-biológico, estando longe de contemplar a integralidade de atenção à saúde, que envolve outras dimensões como: social, cultural, jurídica e psicológica. Frente a essas questões realizou-se um estudo transversal com o objetivo de avaliar o conhecimento e a atitude que profissionais de saúde de Ribeirão Preto têm em relação à violência de gênero, de forma a identificar as necessidades e especificidades de um processo de capacitação de profissionais de saúde, considerando que são poucos os estudos que abordam essa problemática<sup>16,21,22,28</sup>.

## Métodos

Aplicou-se face a face um questionário para todas as enfermeiras e médicos do setor de clínica médica, ginecologia e pronto-atendimento nas cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Ribeirão Preto. O questionário abordou o conhecimento, manejo de caso e atitudes em relação à violência de gênero. Trata-se de uma versão adaptada de instrumento utilizado em estudo conduzido com médicos residentes e estudantes de medicina<sup>16</sup>. Este questionário baseou-se em uma extensa revisão da literatura<sup>12,23-26</sup>,

foi testado com 13 profissionais de outros serviços, e alterações nas alternativas de resposta e na formulação de questões foram introduzidas. A coleta de dados durou dois meses, de agosto a outubro de 2007, e foi realizada por nove entrevistadoras previamente selecionadas e treinadas. O profissional foi abordado pela entrevistadora em seu local de trabalho e, caso não pudesse atendê-la no momento, era agendado um encontro em outra ocasião. Caso o profissional não fosse encontrado, e não estivesse de férias ou em licença, foi procurado por mais duas vezes.

Neste artigo apresentamos uma análise sobre o conhecimento e atitude dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero. Incluiu-se o conhecimento da definição de violência de gênero (seis afirmações), sobre alguns aspectos da epidemiologia do tema (quatro afirmações) e uma questão abordando a percepção do profissional frente à violência de gênero. Para as 11 perguntas foram solicitadas respostas do tipo verdadeiro ou falso. Para cada resposta certa atribuiu-se um ponto. O total de pontos foi somado e criou-se uma variável denominada conhecimento geral da violência de gênero.

Para avaliar as atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero utilizaram-se 17 afirmações para as quais se solicitava concordância ou discordância. De acordo com a discordância ou concordância, foi pontuado um escore médio para cada uma das afirmações, sendo que quanto maior o escore, maior a evidência de atitude positiva. Essas afirmações foram originalmente utilizadas em outro estudo<sup>14</sup>. Sua tradução fez parte de um processo de adaptação transcultural que incluiu dois tradutores independentes, *back translation* e três juízes considerados especialistas no assunto conforme metodologia proposta<sup>27</sup>.

Também se analisou a opinião do entrevistado sobre a invisibilidade da violência como barreira para atuação do profissional de saúde, e esta foi expressa como resposta à pergunta “Em sua opinião, por que frequentemente o profissional de sua área não averigua a violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo?”

A análise procurou associação entre o conhecimento e as demais características dos entrevistados, utilizando o teste do qui-quadrado e fixando nível de significância 0,05 para o teste. Para as atitudes, o teste de Mann-Whitney foi utilizado para diferenciar a pontuação em diferentes grupos de características como sexo, idade, profissão, conhecimento e tempo de serviço.

## Resultados

Foram contatados os 278 profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que trabalhavam nas cinco UBDS no período. Desses, 42 médicos (15%) se recusaram a conceder a entrevista e 15 (5%) não foram encontrados – estavam de férias ou em licença.

### Características dos entrevistados

Do total de 221 entrevistados, 51 (23,0%) eram enfermeiras e 170 (77,0%) médicos; 119 (53,8%) eram homens e 102 (46,2%) mulheres; com idade média de 38,6 anos e mediana de 36,5. Para os homens encontrou-se a idade média de 39,6 e mediana de 38 anos, e para as mulheres a idade média de 34,4 e mediana de 36 anos. Dos 221 entrevistados, 110 (49,7%) tinham entre 24 e 36 anos, 57 (25,8%) entre 37 e 47 anos e 54 (24,4%) mais de 48 anos.

Em relação à raça/cor, 200 (90,5%) consideravam-se brancos ou asiáticos e 21 (9,5%) pretos e pardos. No que tange à religião, 142 (64,3%) declararam ser católicos, 60 (27,1%) professavam outras religiões e 19 (8,6%) referiram não ter religião.

Esses profissionais tinham de 1 a 36 anos de formados, em média 12,5 anos e mediana de 10 anos; 38,5% (85) tinham menos de cinco anos, 19% (42) entre 6 a 14 anos, 32% (70) entre 15 e 25 anos e apenas 10,9% (24) mais de 25 anos. A maioria desses profissionais, 158 (68,8%), é oriunda de universidade pública.

### Conhecimento sobre violência de gênero

#### Definição de violência

As seis afirmações que conceituam vio-

lência de gênero são apresentadas na Tabela 1, juntamente com os resultados obtidos. Todas as questões (a - f) são verdadeiras. A maior parte dos entrevistados demonstrou conhecer o conceito de violência de gênero, obtendo de 64,2% a 90,5% de acertos, embora muitos (32,1%) possam não estar familiarizados com o conceito. No escore total sobre a definição de violência de gênero (mínimo de 0 e máximo de 6 pontos) de 221 entrevistados, 43,4% (96) obtiveram seis pontos, acertando todas as afirmações, 27,6% (61) acertaram cinco afirmações, 16,3% (36) acertaram quatro, 9,0% (20) acertaram três, 3,2% (7) acertaram duas e apenas um entrevistado (0,45%) acertou uma única afirmação. Este escore foi categorizado em baixo, médio e alto.

O conhecimento da definição da violência não foi encontrado associado ao sexo, cor, religião ou profissão (medicina

ou enfermagem) dos entrevistados, mas encontrou-se associação com a idade. Entre aqueles (96) que obtiveram maior número de pontos, 59,3% (32) estavam na faixa etária acima dos 48 anos, enquanto que entre aqueles (28) que obtiveram menos pontos, 64,3% (18) estavam no grupo de 24 a 36 anos ( $p < 0,001$ ). Esta diferença é estatisticamente significativa (tabela não mostrada).

### Conhecimento sobre alguns aspectos da epidemiologia da violência de gênero

As quatro afirmações utilizadas para avaliar o conhecimento da epidemiologia da violência estão apresentadas na Tabela 1 (g-j), sendo verdadeiras as questões h e i. Chama a atenção o desconhecimento sobre a freqüência das lesões corporais em mulheres agredidas (item h). Neste item os entrevistados obtiveram apenas 16,3% de

**Tabela 1** – Conhecimento de violência de gênero e epidemiologia da violência entre profissionais de saúde das UBDS, Ribeirão Preto, 2008.

**Table 1** – Awareness of gender violence and epidemiology of violence by healthcare workers of UBDS, Ribeirão Preto, 2008.

<b>Violência de gênero (itens a - f são verdadeiros)</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>(%)</b>	<b>Falso</b>	<b>(%)</b>	<b>Não sei</b>	<b>(%)</b>
a) Violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo com quem ela mantém relação íntima de afeto é violência de gênero.	142	64,2	8	3,6	71	32,1
b) Violência no âmbito da família é qualquer violência cometida por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais ou por afinidades.	200	90,5	11	5,0	10	4,5
c) Menosprezar, difamar, injuriar, humilhar constantemente ou intimidar uma mulher podem ser consideradas variantes da violência contra a mulher se cometidos por parceiro íntimo.	198	90	19	8,6	3	1,4
d) Empurrões e bofetadas ocasionais são formas de violência de gênero quando cometidos contra a mulher por parceiro íntimo.	193	87,3	4	1,8	24	10,9
e) Ser forçada a manter relações sexuais pelo parceiro íntimo é uma forma de violência de gênero.	198	89,6	2	0,9	21	9,5
f) Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição de objetos, instrumentos de trabalho, bens ou recursos econômicos, é considerada violência moral.	169	76,5	33	14,9	19	8,6
<b>Epidemiologia da violência (itens h e i são verdadeiros)</b>						
g) Na maioria dos casos a violência praticada contra a mulher é cometida por pessoas desconhecidas.	1	0,45	213	98,4	7	3,2
h) Poucas vezes em que uma mulher é agredida há lesão corporal.	36	16,3	175	79,2	10	4,5
i) Uma em cada cinco mulheres que freqüentam serviços de pré-natal diz ser abusada pelo companheiro.	61	27,6	43	19,5	117	52,9
j) A maioria das mulheres que vivem em situação de violência relata o fato ao médico ou profissional de saúde em Ribeirão Preto.	36	16,3	170	76,9	15	6,8

acertos. O mesmo pôde ser observado em relação ao desconhecimento da prevalência da violência na gravidez (item i), cujo resultado é de apenas 27,6% de acertos e 52,9% de respostas “não sei”.

Para cada acerto nas afirmações sobre epidemiologia atribuiu-se um ponto, de forma que 47,0% (104) dos entrevistados receberam nenhum ponto, 45,7% (101) um ponto, 6,8% (15) dois pontos e apenas um entrevistado obteve três pontos. Este escore foi categorizado em baixo, médio e alto.

O conhecimento sobre epidemiologia da violência não se mostrou associado ao sexo, idade, cor, religião, mas foi encontrada associação com a profissão de médico ou enfermeiro. A diferença de número de pontos obtidos entre eles sobre epidemiologia de violência foi significativa. Entre os enfermeiros 62,7% (32) obtiveram menor número de pontos, enquanto que entre os médicos 42,3% (72) obtiveram menor número de pontos ( $p = 0,035$ ) (tabela não mostrada).

### Percepção do papel profissional

Os profissionais foram indagados se seria seu papel perguntar sobre situações de violência contra a mulher, e 88,2% (194) entrevistados responderam que sim.

A percepção do papel profissional (sim/não) não apresentou associação com idade, cor, religião ou profissão, mas apresentou com o sexo do entrevistado. Embora apenas 26 respondentes tenham dito que não seria seu papel profissional perguntar sobre violência contra a mulher, destes 81% (21) eram do sexo masculino ( $p=0,004$ ) (tabela não mostrada).

A pergunta sobre a invisibilidade da violência teve apenas 218 respondentes, pois três se recusaram a respondê-la. Trinta entrevistados (13,8%) discordaram que a violência não seja averiguada. Para os profissionais que concordaram que a violência não é averiguada isso decorre de vários motivos: 30 (13,8%) responderam que falta uma política institucional que implante uma rotina no serviço, 25 (11,5%) referiram que a paciente não relata a violência, 24 (11,0%) referiram

que os profissionais não têm interesse, 23 (10,5%) que há falta de conhecimento sobre o tema, 18 (8,3%) referiram ser este um tema de difícil abordagem, 14 (6,4%) referiram não ser este um assunto da área da saúde, 12 (5,5%) referiram que há problemas na relação com o paciente que impedem a averiguação da violência e 11 (5,0%) disseram que os profissionais têm medo de se envolver com o assunto. Os 25 (11,5%) restantes apontaram outros motivos, como falta de tempo, insegurança, falta de privacidade ou não sabiam responder a essa questão.

### Conhecimento geral sobre violência de gênero

Somados todos os pontos obtidos, de um possível total de 11, obteve-se o escore máximo de nove pontos e o mínimo de três pontos, e foram encontradas a média de 6,4 e a mediana 7. Considerando-se todos os entrevistados, 9,5% (21) foram categorizados como tendo conhecimento geral sobre violência de gênero muito baixo (entre 2 e 4 pontos), 34,8% (77) apresentaram um conhecimento baixo (entre 5 e 6 pontos), 34,4% (76) mostraram conhecimento bom (7 pontos) e 21,3% (47) conhecimento alto (8 e 9 pontos).

Em resumo, pouco mais da metade (55,7%) tinham conhecimento geral de violência de gênero bom ou alto, apenas 12,7% (28) foram identificados com baixo conhecimento a respeito da definição da violência de gênero e 12% (26) disseram que o manejo desses casos não fazia parte do seu papel profissional. No entanto, quase metade dos entrevistados, 47% (104), apresentou baixo conhecimento sobre alguns aspectos da epidemiologia da violência de gênero.

Considerando o conhecimento geral de violência de gênero como muito baixo, baixo, bom e alto, não se encontrou associação com sexo, idade, cor, religião e profissão do entrevistado.

### Atitudes em relação às causas de violência

Mais de dois terços dos entrevistados (68,8%) concordaram que a agressão da

mulher por seu marido é causada por fatores sociais como desemprego, e a quase totalidade (92,3%) deles acreditava que a agressão é causada pelo uso abusivo de álcool e drogas. Apenas 22% concordaram que a agressão da mulher por seu marido é causada por problemas psicológico da vítima, enquanto 73,3% concordaram que é decorrente de problema psicológico do marido (Tabela 2). Mulheres médicas com menos tempo de profissão apresentaram,

de forma estatisticamente significativa, atitudes mais positivas em relação à primeira afirmação, enquanto que em relação à segunda afirmação os médicos jovens apresentaram atitudes mais positivas (Tabela 3).

### Atitudes em relação às vítimas e agressores

A maioria (93,7%) discordou que seja aceitável um homem bater em sua esposa,

**Tabela 2** – Atitudes em relação à violência de gênero entre profissionais de saúde das UBDS, Ribeirão Preto, 2008.

**Table 2** – Attitudes in relation to gender violence among healthcare workers of UBDS, Ribeirão Preto, 2008.

	Concorda	z	Não sabe	z	Discorda	z
a) O papel do médico em casos de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenha para crianças vitimizadas.	69,6%	154	1,8%	4	28,4%	63
b) A agressão à mulher por seu marido deve ser considerada e tratada com um problema médico.	66,5%	147	2,7%	6	30,8%	68
c) A agressão à mulher por seu marido é causada por fatores sociais como desemprego.	68,8%	152	6,3%	14	24,8%	55
d) A agressão à mulher por seu marido é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas.	92,3%	204	2,7%	6	5%	11
e) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos da vítima.	22,1%	49	6,3%	14	71,5%	158
f) As mulheres que são agredidas pelo marido mantêm-se nessa situação devido ao seu masoquismo.	5%	16	2,3%	122	92,8%	83
g) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos do marido.	73,3%	162	10,4%	23	16,3%	36
h) Os maridos agressores devem receber compaixão porque são emocionalmente perturbados.	6,7%	15	5,45	12	87,7%	194
i) Os maridos agressores deveriam ser presos por agressão.	75,1%	166	6,3%	14	18,6%	41
j) É aceitável que um marido bata em sua esposa, se tiver realmente sido provocado.	0,4%	1	2,3%	5	93,7%	215
l) A agressão do marido à mulher é um assunto de fórum íntimo e privado.	13,1	29	4,5%	10	82,4%	182
m) Os médicos devem somente tratar os ferimentos e não perguntar ou dar conselhos à mulher agredida.	5%	11	1,4%	3	93,7	207
n) Se a mulher agredida estiver descontrolada o médico deve prescrever calmantes.	58,8%	130	9%	20	32,1%	71
o) Os médicos devem encorajar as vítimas a sair da situação de violência.	93,2%	206	3,6%	8	3,2%	7
p) Os médicos devem fornecer às vítimas de violência os endereços de outros locais de atendimento.	96,8%	214	0,9%	2	2,3%	5
q) Os médicos devem estar alerta em diagnosticar violência; por exemplo, verificando se há ferimentos, mesmo que a vítima não relate.	92,2%	174	2,3%	5	5,4%	12
r) Os médicos devem confrontar a vítima se houver suspeita de violência mesmo que a vítima/paciente não o admita.	50,7%	112	7,7%	17	41,6%	92

**Tabela 3** – Associação entre atitudes e algumas variáveis que caracterizam os profissionais de saúde das UBDS, Ribeirão Preto, 2008.  
**Table 3** – Association between attitudes and some variables that characterize healthcare workers of UBDS, Ribeirão Preto, 2008.

Afirmações	Variáveis													
	Sexo		Idade		Profissão			Conhecimento		Tempo				
	masc	fem	p	<40	≥40	p	enf	med	p	baixo	alto	p	≤15	>15
a) O papel do médico em casos de mulheres vitimizadas deve ser igual ao que desempenha para crianças vitimizadas.	3,62	3,60	*	3,51	3,73	*	3,76	3,56	*	3,40	3,78	0,0035	3,53	3,72
b) A agressão à mulher por seu marido deve ser considerada e tratada como um problema médico.	3,57	3,36	*	3,61	3,32	*	2,98	3,62	*	3,17	3,72	0,0002	3,61	3,30
c) A agressão à mulher por seu marido é causada por fatores sociais como desemprego.	3,54	3,51	*	3,57	3,48	*	3,45	3,55	*	3,58	3,48	*	3,54	3,50
d) A agressão à mulher por seu marido é causada pelo uso abusivo de álcool ou drogas.	4,16	4,12	*	4,18	4,09	*	4,16	4,14	*	4,17	4,11	*	4,17	4,10
e) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos da vítima.	3,57	3,69	*	3,79	3,43	0,0076	3,53	3,65	*	3,60	3,64	*	3,75	3,46
f) As mulheres que são agredidas pelo marido mantêm-se nessa situação devido ao seu masoquismo.	4,27	4,24	*	4,42	4,05	0,0001	4,18	4,28	*	4,22	4,28	*	4,40	4,06
g) A agressão à mulher por seu marido é causada pelos problemas psicológicos do marido.	3,63	3,61	*	3,66	3,57	*	3,51	3,65	*	3,55	3,67	*	3,64	3,59
h) Os maridos agressores devem receber compaixão porque são emocionalmente perturbados.	4,22	4,09	*	4,10	4,23	*	4,14	4,16	*	4,17	4,15	*	4,10	4,23
i) Os maridos agressores deveriam ser presos por agressão.	3,65	3,85	*	3,97	3,48	0,0012	3,78	3,73	*	3,74	3,74	*	3,90	3,53
j) É aceitável que um marido bata em sua esposa, se tiver realmente sido provocado.	4,48	4,67	0,0128	4,63	4,50	*	4,61	4,55	*	4,64	4,50	*	4,61	4,51
l) A agressão do marido à mulher é um assunto de fórum íntimo e privado.	3,79	4,10	0,0309	4,05	3,79	*	4,14	3,87	*	3,87	3,98	*	4,0	3,84
m) Os médicos devem somente tratar os ferimentos e não perguntar ou dar conselhos à mulher agredida.	4,11	4,47	0,0004	4,38	4,15	0,0189	4,45	4,22	*	4,21	4,33	*	4,35	4,18
n) Se a mulher agredida estiver descontrolada, o médico deve prescrever calmantes.	2,58	2,97	0,0086	2,90	2,59	0,0273	2,94	2,71	*	2,81	2,72	*	2,82	2,68
o) Os médicos devem encorajar as vítimas a sair da situação de violência.	4,17	4,34	*	4,28	4,21	*	4,37	4,21	*	4,29	4,22	*	4,25	4,25
p) Os médicos devem fornecer às vítimas de violência os endereços de outros locais de atendimento.	4,23	4,36	*	4,33	4,25	*	4,49	4,23	0,0069	4,33	4,26	*	4,28	4,30
q) Os médicos devem estar alerta em diagnosticar violência; por exemplo, verificando se há ferimentos mesmo que a vítima não relate.	4,15	4,21	*	4,18	4,17	*	4,20	4,17	*	4,10	4,24	*	4,14	4,22
r) Médicos devem confrontar a vítima se houver suspeita de violência, mesmo se a vítima/paciente não o admita.	3,22	3,08	*	3,13	3,19	*	2,98	1,29	*	3,06	3,23	*	3,15	3,16

\*=p>0,005



mesmo que tenha sido provocado (Tabela 2). As enfermeiras jovens apresentaram atitude mais positiva em relação a essa afirmação, sendo a diferença estatisticamente significativa (Tabela 3). A maioria (92,8%), também discordou que as mulheres agredidas se mantêm nessa situação devido ao seu masoquismo (Tabela 2). Em relação ao escore médio, ser jovem, com menos tempo de profissão, do sexo masculino e médico apresenta atitude mais positiva, estatisticamente significativa (Tabela 3). A maioria (82,4%) discordou da afirmação de que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo é um assunto de foro íntimo e privado (Tabela 2). Mais jovens enfermeiras do sexo feminino discordaram dessa afirmação apresentando atitude mais positiva, sendo a diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

A maioria (87,7%) também discordou da afirmação de que os maridos agressores deveriam receber compaixão por serem emocionalmente perturbados, sendo que os médicos mais velhos apresentaram maior escore, estatisticamente significativo, em relação a essa afirmação (Tabela 3). Muitos respondentes (75,1%) concordaram que os maridos agressores deveriam ser presos. As enfermeiras jovens apresentaram maior escore de concordância com essa afirmação, sendo a diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

### **Atitudes em relação ao papel profissional**

A maioria dos profissionais entrevistados (93,2%) considera ser papel do médico ou do enfermeiro encorajar as vítimas a sair da situação de violência, fornecer endereços de outros locais de atendimento (96,8%) e estar alerta para perceber a violência (92,2%). A maioria (93,7%) discorda que o médico ou enfermeiro deva apenas tratar ou cuidar dos ferimentos e não perguntar ou dar conselhos para a mulher agredida. Entretanto, quase metade (41,6%) erroneamente não confrontaria a vítima se ela não admitisse a violência, e mais da metade (58,8%) erroneamente acredita que prescre-

ver calmantes para a mulher em situação de violência é correto. Cerca de 30% discorda ser este um problema médico e 28,4% acreditam que o papel do médico é diferente em se tratando de crianças ou mulheres em situação de violência (Tabela 2).

Analisando a Tabela 3, observa-se que as enfermeiras jovens apresentam maiores escores em relação à afirmação que o profissional deve encorajar a mulher a sair da situação de violência, fornecer endereços de outros locais de atendimento, estar alerta para perceber a violência, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Discordar da afirmação de que o médico deva apenas tratar os ferimentos e não perguntar ou dar conselhos para a mulher agredida, e que o médico deva prescrever calmantes, obteve maior escore com as mulheres com menos de 40 anos. Também se encontrou maior escore entre aqueles com alto conhecimento sobre violência de gênero que concordaram que a violência seja um problema médico e que o papel do médico e enfermeiro deva ser igual para mulheres e crianças vitimizadas.

### **Discussão**

Os profissionais entrevistados são em sua maioria oriundos de universidades públicas e tem razoável experiência no atendimento de pacientes, considerando-se a mediana de 10 anos de profissão.

O estudo realizado criou um instrumento de conhecimento baseado na literatura científica e utilizou instrumento de atitude adaptado de outro contexto cultural. Não houve, entretanto, em cada um dos domínios perguntas de controle para verificar contradições, ou para controlar o discurso politicamente correto, e isto deve ser entendido como um limite do estudo.

Por outro lado, o estudo permitiu verificar necessidades de capacitação dos profissionais. A maioria tem bom conhecimento sobre a definição de violência contra a mulher, acredita que é seu papel profissional perguntar sobre violência para as pacientes, mas desconhecem aspectos importantes de

sua epidemiologia, como já foi encontrado em estudo similar<sup>16,28</sup>. O desconhecimento de sua alta prevalência por parte dos profissionais mantém a violência invisível para os serviços de saúde. Sobre a violência de gênero como um todo apenas um pouco mais da metade (58,7%) tem conhecimento geral adequado (bom e alto), o que indica a necessidade de capacitar mais profissionais para o atendimento da violência.

Em relação às barreiras para verificar a violência chama a atenção o fato de os profissionais acreditarem que para uma melhor atenção à violência deveria ser implantado, em sua rotina de trabalho, um protocolo de enfrentamento da violência. Sabe-se, por meio de vários estudos<sup>8,20,22,28</sup>, que um protocolo de *screening* é considerado pouco efetivo, correndo o risco de inocuidade e desvalorização quando utilizado rotineiramente. Dessa forma, mais uma vez confirma-se o desconhecimento dos profissionais, o que implica em necessidade de capacitação. A maioria das outras barreiras apresentadas pelos entrevistados, tais como as mulheres não relatarem a violência, a falta de interesse e conhecimento dos profissionais, difere daquela apresentada pela literatura, que aponta principalmente a falta de tempo na consulta e o medo de se envolver com o tema como barreiras para a averiguação da violência<sup>28</sup>. As mulheres muitas vezes não relatam por não serem perguntadas<sup>13</sup>, e o desconhecimento da real dimensão da violência é coerente com falta de interesse e desvalorização do tema.

A porcentagem de recusa encontrada (15%) sugere que há dificuldade para responder a uma entrevista durante o horário de trabalho, principalmente porque foram incluídos no estudo os profissionais que trabalham no pronto-atendimento. A recusa, por outro lado, pode sugerir a não valorização do tema, tal como encontrado em outro estudo<sup>18</sup>.

Em relação às atitudes, observou-se que, das 17 afirmações, em 15 houve mais de 60% de respostas positivas, o que caracteriza os entrevistados com atitudes favoráveis para o acolhimento da mulher em situação

de violência. Podemos inferir que, apresentando atitudes positivas, a maioria dos entrevistados mostra bom potencial para o manejo apropriado dos casos se receberem capacitação adequada. Mais de dois terços dos entrevistados acreditavam que fatores sociais estão presentes na gênese da violência, assim como problemas psicológicos e uso de álcool e drogas. Em estudo similar, desenvolvido na África do Sul<sup>14</sup>, que utilizou originalmente essas afirmações, resultados semelhantes foram encontrados: 76,7%, 73% e 96,9% respectivamente. Entretanto, apenas 22% de nossos entrevistados concordaram que a mulher agredida tenha problemas psicológicos, enquanto que na África do Sul 59% concordaram com essa afirmação<sup>14</sup>. Ou seja, nossos entrevistados apresentaram atitudes mais positivas do que seus colegas da África do Sul.

A maioria de nossos entrevistados considera a violência contra a mulher inaceitável e não culpa a mulher por estar nesta situação, embora 13% ainda defendam ser este um assunto de foro privado e 18% acreditem que os agressores não devam ser presos, e dessa forma mostram seu desconhecimento da Lei Maria da Penha. É importante ressaltar que é pequena a parcela de entrevistados que não acredita em uma intervenção em casos de violência como um direito da mulher, assim como aqueles que discordam ou desconhecem a nova legislação sobre a violência contra a mulher. A promulgação da Lei Maria da Penha e sua aplicação, assim como os diferentes mecanismos legais e institucionais de combate à violência, é fato bastante recente na sociedade brasileira, o que poderia explicar essa atitude.

Os entrevistados também demonstraram ter atitudes bastante positivas em relação ao seu papel profissional no trato de mulheres em situação de violência. Embora chame a atenção que as duas afirmações que parecem estar relacionadas com o manejo de casos demonstrem desconhecimento dos profissionais, 41,6% dos respondentes não confrontariam a vítima se ela não admitisse a violência. Confrontar a vítima é importante passo para tirar a violência da

invisibilidade e para a mulher pedir ajuda se vive em situação de violência<sup>26,28</sup>. Outra afirmação se refere ao fornecimento de tranquilizantes, que mais da metade diz ser correto utilizar, enquanto se sabe que isso agravaria a situação de vulnerabilidade da mulher em situação de violência<sup>26</sup>.

Por outro lado, parece haver certa confusão entre os profissionais em relação ao seu papel. Entre 194 profissionais que concordaram que perguntar sobre a violência de gênero é papel do profissional, encontram-se 54 (27,8%) entrevistados que não consideraram a violência de gênero um problema

de saúde. Isso pode ser explicado pelo fato de o tema não fazer parte do currículo das escolas de medicina e não ser, portanto, abordado como um problema médico, tendo sido reconhecido apenas em 1998 pela OMS como um problema de saúde.

Estudo realizado na África do Sul<sup>14</sup> mostra alguma similaridade em relação aos nossos resultados, mas chama a atenção que em nosso estudo há atitudes mais positivas em relação à mulher em situação de violência, especialmente entre os profissionais mais jovens e do sexo feminino.

## Referências

1. Moreno-Garcia C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. *WHO-Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Geneva: WHO; 2005.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella, Ludemir AB, Valença, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 797-807.
3. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Lifetime prevalence and help seeking behavior in physical marital violence *Rev Saude Pública* 2006, 40(2): 256-64.
4. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (2): 425-37.
5. Brasil. Diário Oficial da União. Lei 11.340, "Maria da Penha", de 7 de agosto de 2006, publicada em D.O.U. de 8.8.2006, Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm). [Acessada em 11 de maio de 2008].
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF; 2005.
8. Brasil. *Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF; 2007.
9. Machado L.Z. Os frágeis direitos da mulher. *Promoção da Saúde, Ministério da Saúde* 2002; 3(6): 22-5.
10. MCCAuley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, Dechant HK, Ryden J, Bass EB, Derogatis LR. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in Primary Care. *Internal Medicine Practices. Ann Intern Med* 1995; 123(10): 737-48.
11. Campbell JC. Health Consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-6.
12. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. *JAMA* 1992; 267 (23): 3157-60.
13. Schraiber LB, d'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Rev Interface* 1999; 11-26.
14. Peltzer K, Mashego TA. Attitudes and Practices of Doctors toward Domestic Violence Victims in South Africa. *Health Care Women Internat* 2003; 24: 149-57.
15. Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.778.htm>. [Acessado em 22 de dezembro de 2006]
16. Vicente, LM, Vieira, EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. *Rev Br Educ Med* 2009; 33(1): 63-71.
17. Rodriguez MA, Sheldon WR, Bauer HM, Pérez-Stable EJ. The factors associated with disclosure of Intimate partner abuse to clinicians. *J Fam Pract* 2001; 50(4). Disponível em: [www.jfponline.com](http://www.jfponline.com). [Acessado em 10 de março de 2008]
18. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA* 1999; 282(5): 468-74.

19. Lamberg L. Domestic Violence: what to ask, what to do. *JAMA* 2000; 284(5): 554-6.
20. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *Amer J Prev Med* 2000; 19(4): 230-7.
21. D'Oliveira AFPL. *Violência de Gênero, Necessidades de saúde e usos de serviços em Atenção Primária* [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
22. Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., Davidson, L.L. & Feder, G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *Br Med J* 2008; 32: 314-27.
23. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra mulher usuária do serviço de saúde. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 604-10.
24. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Fundação Ford. Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência; 1997.
25. Grupo de Trabalho Movimento Popular e Nzinga. Considerações e orientações para o atendimento de mulheres em situação de violência na rede pública de saúde. *Jornal da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos* 1999; 19: 12-3.
26. Varjavand N., Cohen DG, Novack DH. An Assessment of Resident's abilities to detect and manage domestic violence. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 465-8.
27. Guillemin E; Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-32.
28. Baig A, Shadigian, Heisler M. Hidden from Plain Sight: Resident's Domestic Violence Screening Attitudes and Reported Practices. *J Gen Intern Medicine* 2006; 21: 924-54.

Recebido em: 05/09/08

Versão final reapresentada em: 28/05/09

Aprovado em: 01/09/09