
CAMILA RESENDE SOARES BRUM

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E MUDANÇA DE
CRENÇAS: INTERVENÇÃO COM
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Orientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Co-orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2011

CAMILA RESENDE SOARES BRUM

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E MUDANÇA DE
CRENÇAS: INTERVENÇÃO COM
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Co-orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

JUIZ DE FORA

2011

AGRADECIMENTOS

Aos professores Lélío Moura Lourenço, pelo enriquecimento da minha formação através de suas orientações e por acreditar em minha capacidade e Telmo Mota Ronzani, pela oportunidade e confiança.

Ao colega Leonardo Martins, pela paciência e enorme contribuição neste trabalho.

À colega Carla Gebara, por ser peça fundamental na elaboração e execução do projeto no qual este estudo se insere e por gentilmente me transmitir sua experiência.

Ao meu companheiro e maior incentivador, Christiano, pelo apoio, exemplo de superação e coragem. Por tudo...

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo principal investigar as crenças e atitudes dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação à violência doméstica, antes e após a metodologia de intervenção, verificando possíveis mudanças. Participaram da pesquisa, 65 profissionais que responderam a um questionário auto-aplicável, estruturado, individual e anônimo. O instrumento foi aplicado antes e após uma capacitação conceitual sobre violência doméstica, com o intuito de analisar possíveis mudanças a partir desse tipo de intervenção. Os dados foram analisados através do programa SPSS, teste de significância McNemar. Os resultados indicaram algumas mudanças de crenças significativas a partir da intervenção proposta quanto à forma do profissional da Atenção Primária à Saúde lidar com vítimas de violência doméstica, o papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados à violência doméstica, quanto ao interesse profissional sobre o padrão, os riscos de saúde relacionados e o aconselhamento para diminuir ou pará-la. Os dados não indicam mudanças em relação à confiança que os profissionais sentem na sua habilidade para lidar com a questão.

Palavras-chave: violência doméstica; profissionais de saúde; crenças; prevenção

ABSTRACT

This research was focused on investigating the Primary Health Care providers' beliefs and attitudes towards domestic violence issues, before and after the intervention methodology, checking possible changes. The research involved 65 professionals who responded a self-administered, pre-formatted and anonymous questionnaire. In order to examine possible changes that resulted from this type of intervention, the instrument was administered before and after a conceptual training on domestic violence. Data was analyzed using SPSS, McNemar test of significance. The results from the proposed intervention showed some significant changes in the Primary Health Care providers' beliefs as to how to deal with victims of domestic violence, as well as in the role the Primary Health Care provider plays when detecting patients with domestic violence-related problems, and in the providers' relation to the professional standards, health risks and counseling skills used to diminish or stop it. The data did not indicate changes in the level of confidence that providers have in their ability to deal with the issue.

Keywords: domestic violence, health professionals, beliefs, prevention

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 A VIOLÊNCIA E SUAS FACETAS.....	10
2.1 Prevenção da Violência e Saúde Pública.....	14
3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	21
3.1 Manifestações da violência doméstica e sua Inserção no Campo da Saúde.....	24
3.2 Instrumentos de Avaliação e Intervenções para violência doméstica na Saúde.....	28
3.3 Violência Doméstica e Mulheres.....	35
3.4 Crenças e Violência Doméstica.....	39
4 OBJETIVOS.....	43
4.1 Objetivo geral.....	43
4.2 Objetivos Específicos.....	43
5 METODOLOGIA.....	44
5.1 Contextualização da Pesquisa e Procedimentos.....	44
5.2 Participantes.....	47
5.3 Instrumentos.....	48
5.3.1 Questionário sobre práticas de prevenção à violência doméstica.....	48
5.3.2 Questionário Sócio Demográfico.....	50
5.4 Análise dos dados.....	50
6 RESULTADOS.....	52
6.1 Como lidar com vítimas de violência doméstica.....	52
6.2 Papel do profissional.....	55
6.3 Interesse.....	57
6.4 Confiança.....	59
7 DISCUSSÃO.....	61
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS.....	76

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho tem como foco a violência doméstica sob o olhar dos profissionais da atenção primária à saúde. O objetivo é analisar as crenças e atitudes dos mesmos acerca desse grave problema que atinge consideravelmente a saúde individual e coletiva, bem como avaliar o impacto a partir de uma intervenção realizada junto a estes profissionais. Para tanto, consta de sete capítulos: *Introdução, A Violência e suas Facetas; Violência Doméstica; Objetivos; Metodologia; Resultados e Discussão.*

O capítulo introdutório explicita o propósito e o alcance do presente estudo, indicando a relevância de investigá-lo no âmbito da saúde e sua relação com as crenças dos profissionais desta área. Além disso, contextualiza o problema e as hipóteses que conduziram a sua realização, listando os objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo apresenta uma breve explanação do tema violência, situando-o mundialmente e nacionalmente, por meio da apresentação de dados e conceitos atuais acerca das formas de expressão da violência entre elas a violência doméstica. Com intuito de detalhar as formas de prevenção da violência, conceituando os três níveis existentes, segue-se o subcapítulo *Prevenção da violência e Saúde Pública*, tratando-se também de um recorte importante para atingir o cenário onde se deu a pesquisa.

No terceiro capítulo será discutido o tema central, a violência doméstica, especificando suas diferentes formas de manifestação, bem como a relevância de se discutir a temática na área da saúde, tendo em vista o importante papel preventivo da mesma. Nesse sentido, alguns instrumentos de identificação e formas de intervenção serão explicitados, com destaque para o segmento populacional representado pelas mulheres, enquanto usuárias assíduas da atenção primária e vítimas frequentes de atos violentos no âmbito doméstico. Finalizando o capítulo e a revisão bibliográfica, será

discutida a relação entre crenças e violência doméstica. Aspectos conceituais serão apresentados e discutidos, buscando uma associação entre estas e a forma como os profissionais de saúde atuam para prevenir situações de violência doméstica.

O quarto capítulo apresentará os objetivos da pesquisa, subdivididos em objetivo geral e objetivos específicos. Em seguida, a metodologia do estudo será descrita no quinto capítulo, subdividida em contextualização da pesquisa e procedimentos; participantes; instrumentos e análise dos resultados. Por fim, os resultados encontrados serão descritos e discutidos nos capítulos seis e sete, respectivamente.

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica vem se tornando temática de crescente destaque, mobilizando profissionais e pesquisadores de diversas áreas na tentativa de avançar na discussão do problema. O impacto do fenômeno no campo da saúde pública destaca-se em números significativos que ilustram os danos diretos deste agravo, mas nem sempre refletem as conseqüências indiretas que se apresentam para todos os envolvidos (Minayo, 2006).

Tendo em vista a crescente demanda nos serviços de saúde, torna-se relevante discutir o problema no setor, buscando possíveis formas de preveni-lo e amenizá-lo, bem como o aprimoramento das intervenções e qualificação dos profissionais envolvidos. Em contrapartida, as vítimas ainda encontram dificuldade para relatar a situação de violência, podendo ser elencadas algumas causas para transpor esta barreira: o receio de que esta a coloque em posição de vulnerabilidade perante o agressor, por não entender como violência as agressões que sofre, mesmo que as conseqüências já estejam presentes, por não terem sido questionadas a respeito por profissionais envolvidos ou por terem vivenciado experiências insatisfatórias com estes ao tentarem explicitar o problema (Schraiber et al., 2003a).

Somado ao silêncio das vítimas, os profissionais de saúde não questionam seus pacientes sobre a ocorrência de situações de violência em sua rotina de trabalho. Estudos indicam que além de não acreditarem que práticas de prevenção e enfrentamento à violência sejam suas atribuições (Moura & Reichenheim, 2005), não se sentem capacitados para abordar este assunto ou mesmo intervir mediante a suspeita de que seus pacientes podem estar sofrendo algum tipo de agressão.

Tendo em vista que as crenças determinam o modo como o ser humano se posiciona e reage diante das situações e a forma como o profissional de saúde concebe a

violência doméstica influencia o modo como o mesmo atuará frente ao problema (Sinclair, 2010), o presente estudo tem como objetivo avaliar as crenças dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde, antes e depois de uma metodologia de intervenção voltada para capacitação destes profissionais para atuarem de forma preventiva. Buscou-se verificar possíveis mudanças de crenças após a referida intervenção.

2 VIOLÊNCIA E SUAS FACETAS

Desde os remotos tempos o homem se preocupa com o fenômeno da violência, na busca de compreender sua natureza, origem e motivações, de forma que possa atenuá-lo, preveni-lo e eliminá-lo da convivência social (Gebara & Lourenço, 2008). O fenômeno é lembrado desde o mito de origem bíblico de Cain e Abel, quando a disputa entre os irmãos culmina na morte de um deles e destaca a convivência humana já cercada de disputas de poder (Brasil, 2005b).

De causalidade complexa, “a violência não é uma, é múltipla” (Brasil, 2005). O vocábulo, de origem latina, vem da palavra vis, que significa força e remete à noção de constrangimento e o uso da superioridade física perante o outro. A análise de eventos violentos retrata conflitos de autoridades e disputas de poder, vontade de domínio, posse aniquilamento do outro ou de seus bens e, de acordo com a época, o local e as circunstâncias, a violência designa realidades distintas, apresentando-se, pois, como um fenômeno mutante. Isso implica dizer que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, toleradas ou condenadas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade (Minayo, 2006).

Com a mesma complexidade que se apresentam as causas da violência, o conceito é de difícil definição. A Psicologia Social define a agressão como qualquer comportamento que tenha a intenção de causar danos físicos ou psicológicos em outro organismo ou objeto (Aronson, Wilson & Akert, 2002; Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2003; Rodrigues, 2007). Assim, a intencionalidade seria fundamental para caracterizar o ato como agressivo, o que só ocorreria em situações quando se pretendeu acarretar dano a alguém. Nesse aspecto, situa a violência no âmbito eminentemente humano e, considerando seu lugar nas relações sociais, a idéia de intencionalidade indica que a violência é um fenômeno sobre o qual existe responsabilidade dos sujeitos individuais e

coletivos, na medida em que os atos violentos são praticados por pessoas inseridas em suas culturas. O fenômeno, portanto, seria passível de ser reconhecido, analisado, compreendido e superado por meio de intervenções diretas e indiretas (Gebara & Lourenço, 2008).

Para a Organização Mundial da Saúde, além da intencionalidade presente no ato, destacam-se como aspectos relevantes do conceito, a necessidade de se definir para quem esta é dirigida - a si mesmo, a outro indivíduo ou a um grupo. Considera violência como o “(...) uso intencional da força física ou poder, em forma de ameaça ou praticada, contra si mesmo, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que resulta ou tem uma grande possibilidade de ocasionar machucados, morte, conseqüências psicológicas negativas, mau desenvolvimento ou privação.” (OMS, 2002, p.5).

A intencionalidade também é tida como critério fundamental quando se pretende avaliar uma situação de violência no campo jurídico, para diferenciar as formas de “lesão corporal”. No Direito Penal (Brasil, 1940), esta expressão é utilizada para definir a ação de “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem” e os critérios de classificação da mesma levam em consideração a intencionalidade daquele que pratica a ação, bem como as conseqüências geradas pelo ato. Dessa forma, a lesão é tipificada como grave ou gravíssima, como dolosa ou culposa. Aquela decorrente de imprudência, negligência ou imperícia é classificada como culposa. Neste caso, apesar de ter gerado algum prejuízo à vítima, o agente não teve esta intenção. Ao passo que, se a lesão foi provocada de forma intencional ou premeditada, utiliza-se a expressão dolosa para designar o ato.

De acordo com a natureza da lesão, utiliza-se a expressão “grave” quando esta resulta em incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, quando existe perigo de vida, dano permanente de membro ou função, aceleração de parto. A

lesão é tida como gravíssima quando resulta em incapacidade permanente para o trabalho, doença incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente e aborto. Se resulta em morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não teve como objetivo este resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo, utiliza-se a expressão “lesão seguida de morte” para definir tal ação. As respostas penais ocorrem de acordo com essas classificações e critérios, de forma que a intencionalidade da ação acarretará em maior ou menor punição do agente, sobrepondo-se à natureza da lesão. Em outras palavras, na lesão corporal culposa, quando não houve a intenção de causar danos, as graduações das lesões não serão consideradas, mesmo que tenha consequências graves.

Apesar da importância desse aspecto para compreensão do fenômeno da violência, uma análise mais acurada acerca da intenção é também defendida por Stelko-Pereira e Williams (2010). Primeiramente, analisar as contingências envolvidas, primordialmente as condições que antecederam ao ato, as consequências do mesmo e o histórico de vida do sujeito. Apesar de um indivíduo declarar intenção de cometer uma ação agressiva para atingir determinada consequência para a vítima, este pode não ter avaliado cuidadosamente a dimensão dessa consequência. Como por exemplo, um jovem que se envolve em uma briga com intenção de se fazer respeitado pelo agredido, mas acidentalmente provoca a morte da vítima. Neste caso, apesar da intencionalidade do ato, a consequência não foi prevista. Polemizam também sobre o ato em que não houve intenção de ser violento, mas este foi entendido como violento pela vítima. Por exemplo, quando um colega de classe age com intenção de brincar, mas o outro se sente agredido e um terceiro, o professor, avalia a situação como corriqueira, sem dar maior atenção. Esta última situação levanta a discussão de que a intencionalidade da agressão

ou violência depende não somente da análise das ações dos envolvidos, mas também de normas sociais, reconhecendo ou não a ação como violenta independente da situação.

Dessa forma, outro aspecto observado no conceito acima diz respeito às consequências para aquele que sofre a violência, sendo este o critério de classificação da violência em quatro categorias, de acordo com suas manifestações: física, psicológica, sexual e negligência. Cabe ressaltar (Stelko-Pereira & Williams, 2010) que esta divisão facilita didaticamente a compreensão do fenômeno, mas não pressupõe que ocorram de forma separada, ou seja, consequências emocionais negativas estão presentes tanto em situações de violência psicológica, como em situações de violência física e transtornos físicos podem ocorrer em função do sofrimento de agressões psicológicas. Ainda sobre as manifestações da violência, para Williams (2003), esta surge com maior intensidade quando há desigualdade de condições entre os envolvidos. Este aspecto destacado pela autora, apesar de não definir o fenômeno, aumentaria a probabilidade de ocorrer. Em outras palavras, a violência não se daria exclusivamente em condições de desigualdade de poder entre as partes, mas trata-se de uma característica fortemente presente no fenômeno.

Tendo em vista a complexidade conceitual do problema, observa-se a sua inserção em diversos campos de saberes profissionais e, por esse motivo, diferentes formas de se pensar e intervir sobre o mesmo. O campo da saúde é uma das áreas em que a discussão e inserção da temática da violência tem crescido nos últimos anos, pelo impacto constatado na saúde individual e coletiva. Torna-se cada vez mais necessária a reflexão do setor na compreensão e prevenção do problema.

2.1 Prevenção da Violência e Saúde Pública

Tendo em vista o aspecto da prevenção que norteia o campo da saúde pública, torna-se relevante a inserção da temática neste campo. Partindo do pressuposto que o comportamento e conseqüências da violência podem ser evitados, o trabalho dos profissionais e pesquisadores para o aprimoramento das práticas e resultados é fundamental para o enfrentamento do problema.

Para a OMS, “a saúde pública constitui medida coletiva do Estado e da sociedade civil, visando proteger e melhorar a saúde dos indivíduos. Trata-se de prática social de natureza multidisciplinar” (OMS, 2002), capaz de enfatizar que a responsabilidade do setor de saúde não se limita a recuperar indivíduos doentes ou vítimas de traumatismos, mas ao mesmo tempo deve buscar o bem-estar da população como condição vital para o desenvolvimento pessoal e coletivo. Assim, entende-se que questões sociais, como a violência, são questões de saúde pública. Além do impacto na saúde física, psicológica ou sexual de suas vítimas, a violência social e interpessoal tem efeitos que afetam o desenvolvimento pleno do ser humano (Concha-Eastman & Malo, 2007).

Apesar de, a partir das décadas de 60 e 70, ter ocorrido um esforço para compreender a saúde como uma questão complexa, que envolve elementos sociais e culturais, ainda permanece a dificuldade de entendimento da violência como parte deste contexto. Segundo Minayo (1999), nunca um tema provocou tantos entraves para sua inclusão neste setor, por razões diversas. Algumas, da própria área onde historicamente o fenômeno tem sido tratado, a do direito criminal e da segurança pública. Outras causas, segundo a autora, advêm do campo específico da saúde, onde predomina o modelo médico e biomédico, que tende a desconsiderar os aspectos sociais, tornando as práticas promocionais e assistenciais restritas aos contornos paradigmáticos tradicionais.

O tema da violência, portanto, não entrou no setor de forma natural, mas se impôs por diversos fatores. Primeiro, por inserir-se nos conceitos biomédicos, tendo em vista que está incluído há muitos anos na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) sob denominação de “Causas Externas”. O conceito de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais, já o de morbidade, envolve as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes. Segundo, por afetar fortemente a saúde dos indivíduos, na medida em que provoca morte, lesões e traumas físicos, mas também um número ilimitado de agravos mentais e emocionais, podendo reduzir a qualidade de vida das pessoas e das coletividades (Minayo, 2006). Dessa forma, o tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também, aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais (Buss, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), a violência está entre os dois mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo. Além de ser uma das principais causas de morte entre crianças e adultos jovens, causam seqüelas fatais para a vida. Muitos dos feridos tornam-se severamente comprometidos fisicamente e dezenas de milhões mais sofrem os efeitos psicológicos de longo prazo, como resultado desses episódios traumáticos ou violentos.

Devido aos agravos que causa à saúde das pessoas, a violência onera o sistema de saúde aumentando os gastos com cuidados hospitalares, eleva os níveis de mortalidade, reduz anos de vida produtiva e pode ocasionar danos irreversíveis. A visibilidade traduzida em gastos financeiros representa uma parte significativa do impacto social gerado pelos traumas e lesões decorrentes da violência, aquela que é

possível quantificar. Existem, no entanto, danos incalculáveis de sofrimento e dor, um custo majoritariamente invisível, representado pela violência que ocorre nos lares, locais de trabalho e instituições destinadas a cuidar das pessoas (OMS, 2002). Como explica Deslandes (1999), não se trata de uma doença, mas causa desde sofrimento e dor, a lesões e morte; a etiologia não ocorre pela ação invasiva de microorganismos, dessa forma, sua causa não seria uma desordem orgânica; não se restringe, pois, aos traumas e às lesões que constituem suas conseqüências.

Diante das questões levantadas a temática das violências entrou na agenda do setor como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Historicamente, o setor saúde se posicionava diante deste fenômeno como um espectador, ocupando papel de reparador dos danos provocados pelos conflitos sociais, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais, em decorrência de catástrofes, guerras, genocídios e terror político. Essa postura começa a mudar na década de 60, na pediatria americana, que passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada *síndrome do bebê espancado*, identificando-a como um grave problema para o crescimento e o desenvolvimento infantil. Uma década depois, vários países também reconheceram os *maus-tratos* como um sério problema de saúde pública.

Com essa mudança, constata-se que primeiramente nos Estados Unidos e no Canadá, depois em outras regiões, na década de 70, começam a ser criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncia, tornando público e passível de intervenção social o que até então era considerado como problema privado. Para tanto, foi fundamental a contribuição das sociedades de pediatria de vários países, articuladas com setores da sociedade civil dedicados aos direitos da infância e da adolescência (Minayo, 1999). Mais recentemente, verifica-se a preocupação de órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) em tornar evidente o

problema da violência ao publicar, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Neste afirmou que “(...) em todo o mundo a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública”, estando entre as principais causas de mortes entre pessoas de 15 a 44 anos (OMS, 2002).

Os dados evidenciam a relevância do tema enquanto custos e demanda para o setor de saúde há mais de uma década – em 1989 a violência já ocupava o segundo lugar de causas de morte no Brasil. Dados recentes indicam que o problema ainda se destaca como fator significativo de mortes. Em 2007, no país, foram registrados 48.219 óbitos por homicídio (Brasil, 2009). A importância do referido Relatório vai além do dado bruto, mas, sobretudo, por tornar público e mundial a questão da violência, motivando o debate, além de valorizar e conceituar a temática, definindo as diferentes manifestações existentes e evidenciando a pluralidade do problema.

Ressalta-se que, por não se restringir enquanto tema do setor da saúde, ao contrário, por ser um problema que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais, impõe um grande desafio à saúde: a articulação interna e com outros setores. Dessa forma, a sua prevenção requer novos aprendizados e práticas, pautados na intersetorialidade e que visem superar a noção de “fatalidade” e “inevitabilidade” que envolve o senso comum da visão sobre o problema, transpondo a noção de violência como questão do social. Sem desconsiderar esta dimensão, mas a supervalorização de mudanças estruturais corrobora para certa inércia em relação a ações de prevenção e diminuição da violência fora das esferas políticas, econômicas e sociais (Deslandes, 1999).

Segundo Concha-Eastman e Malo (2006), no decorrer das três últimas décadas, houve um aumento da necessidade de abordar a violência por uma perspectiva preventiva ampla. Esta seria uma reação multissetorial para a multicausalidade da

violência. Agora, reconhece-se e é aceito o fato de que diferentes setores relacionados à atenção, à reabilitação, ao cuidado e ao controle das vítimas e dos perpetradores de atos violentos devem unir esforços no sentido de impedir a violência.

Seguindo essa linha de raciocínio, as medidas multissetoriais tentam responder à multicausalidade, atuando de maneira preventiva e integrada, enfrentando o problema na esfera não somente criminal, mas também buscando construir a cidadania. Os programas ou as intervenções de cunho preventivo podem atuar em três diferentes níveis, tendo em vista uma dimensão temporal: nível primário, secundário ou terciário.

A prevenção é *primária* quando a ação se desenvolve antes do acontecimento. Tem como objetivo fomentar um ambiente social e individual de respeito e tolerância, valores sociais e comportamento pessoal que favoreçam a solução não violenta de conflitos, isto é, voltados para evitar o fato violento. As macroestratégias que visam à redução da pobreza, por meio do equilíbrio social e melhoria da educação, ou recuperação da ética e do controle social são ações de prevenção primária à violência (Concha-Eastman & Malo, 2006).

Emprega-se a denominação *prevenção secundária* quando o ato de violência já ocorreu e a intenção é evitar episódios novos ou mais graves. Segundo Eastman e Malo (2006), para a prevenção secundária funcionar adequadamente no setor de saúde, seria necessário mudar a atitude dos profissionais de modo a qualificá-los a detectar casos e a utilizar os programas de encaminhamento e vigilância epidemiológica, ao invés de se limitarem apenas ao atendimento necessário. Como exemplo desse nível de intervenção pode-se mencionar os programas que identificam usuários que recorreram a instituições de saúde por terem sofrido lesão grave e são, a partir daí, encaminhados a programas de intervenção em situações de crise, bem como os serviços de aconselhamento para mulheres e crianças em situação de violência intrafamiliar. Além destas, medidas que

visam à capacitação do pessoal de saúde e mudança de comportamento agressivo em relacionamento intrafamiliar e entre parceiros íntimos, são também alternativas de prevenção secundária (Concha-Eastman & Malo, 2006).

Já a *prevenção terciária* na saúde pública é empregada para evitar maiores danos aos doentes, melhorando sua qualidade de vida e promovendo a reabilitação. No que tange à violência, seria a aplicação de pena ou medida aos envolvidos em atos de violência. Os programas nesse nível de intervenção devem focalizar atividades produtivas de ensino, oferecer assistência psicológica e inclusão social (Concha-Eastman & Malo, 2006). No Brasil, existem programas de acompanhamento de penas alternativas aplicadas a homens que cometeram algum tipo de violência em relação a mulheres, com foco preventivo, social e educativo.

Em alguns países, nas últimas décadas, como conseqüência de uma convicção crescente de que a violência é um problema de saúde pública evitável, ações e estratégias de prevenção têm sido formuladas e, portanto, têm permitido uma redução de mortes e invalidez por lesões. No entanto, em muitos outros países a importância do assunto ainda não é reconhecida, bem como o seu enfrentamento (WHO, 2010).

No âmbito governamental brasileiro, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2002a; Brasil, 2005a) é o instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto. Contém a definição dos conceitos, o diagnóstico da situação, as diretrizes e as estratégias de ação intersetorial, ressaltando a responsabilidade do setor. Dentre as diretrizes definidas no documento, inclui-se a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de violência, devendo ser criados mecanismos que favoreçam a informação, a orientação e o apoio ao paciente e sua família, como sujeitos da ação de recuperação.

Tendo em vista que a violência configura-se problema de saúde de grande magnitude, envolvendo diferentes fatores, seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diversos setores governamentais, segmentos sociais e da população em geral. Assim, uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde torna-se urgente, inserindo novos desafios para o atendimento, sinalizando a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e comprometida do setor, com intuito de atender às necessidades dos cidadãos (Minayo, 2006).

A mudança do setor saúde, do plano tradicionalmente curativo para o preventivo é recente e norteadada por ideais de proteção e promoção da saúde, vistas em sua significação mais ampliada de bem-estar individual e coletivo. Ações intersetoriais de prevenção da violência têm sido compreendidas como as mais pertinentes para lidar com a questão, daí a importância de se estabelecer diretrizes nacionais e locais para as mesmas, de forma a avaliar e rever as ações já existentes e propor ações futuras.

Diante do exposto, o setor de saúde é convocado a assumir a responsabilidade no que se refere à abordagem da questão da violência, nas suas diferentes formas de expressão, desde ações de prevenção primária, passando por uma assistência de qualidade às vítimas, pela geração de informações e orientações e, finalmente, chegando à provocação de uma participação conjunta com outros setores que busque definir e executar políticas públicas integrais de prevenção à violência e promoção da saúde. A crescente discussão da temática, neste contexto tem favorecido a elaboração de ações que minimizem os danos e evitem o aparecimento de novos casos, bem como a realização de pesquisas, cada vez mais relevantes para avaliar e aprimorar o trabalho desenvolvido.

3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência foi classificada pela OMS conforme suas manifestações empíricas (física, psicológica, sexual, negligência ou abandono) e pode ser direcionada para si mesmo (auto infligida); pode ocorrer em âmbito macro-social, a chamada violência coletiva; também acontecer circunscrita à esfera das relações interpessoais, no contexto intrafamiliar e comunitário. (OMS, 2002; Minayo, 2006).

Há cerca de três décadas, a questão da violência doméstica, aquela que ocorre na esfera das relações interpessoais, começou a ganhar destaque no meio acadêmico, tanto pela magnitude, como pelas repercussões do problema (Gebara, Cezario, Ronzani & Lourenço, 2010). A Organização Mundial da Saúde (2002) em relatório sobre a violência enfatiza a necessidade de reconhecimento da imensa parte invisível da violência que não resulta em mortes ou lesões graves, mas oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos que se encontram submetidos de forma crônica aos abusos. É o caso das violências domésticas e intrafamiliares, com agressões físicas, sexuais e psicológicas, além da privação e negligência que acometem, sobretudo, mulheres, crianças e idosos.

O Ministério da Saúde brasileiro (Brasil, 2002c) define a violência doméstica da seguinte forma: “é um ato (único ou repetido) ou omissão que cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança”. A violência que se dá entre pessoas com vinculação afetiva, de convivência ou consangüinidade é chamada de violência intrafamiliar, sendo o fator preponderante para tal classificação as relações estabelecidas entre os membros, e não o espaço físico em que ela ocorre. O conceito de violência doméstica é similar, mas se distinguiria da familiar por envolver “outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico”.

Cabe ressaltar que nem sempre aquele que foi vítima do dano percebe o ato como violento. Em pesquisa realizada no município de São Paulo, com usuárias dos serviços de atenção primária à saúde constatou-se que das 322 mulheres entrevistadas, 143 mulheres (44,4%) responderam ter sofrido pelo menos um episódio de agressão física na vida adulta, sendo grande parte destes (76,9%) perpetrados por companheiros ou familiares; 37 mulheres (11,5%) relataram ter sido obrigadas a ter relações sexuais pelo menos uma vez na vida adulta, sendo que em 62,2% desses casos os agressores foram companheiros e familiares. Ao serem questionadas sobre o sentimento de terem sido humilhadas, mal tratadas ou agredidas por alguém próximo, pelo menos alguma vez na vida, que caracterizaria a violência psicológica, 179 mulheres (55,6%) responderam que já haviam vivenciado esta situação. Além disso, 224 mulheres (69,6%) afirmaram ter passado por algum tipo de humilhação, desrespeito ou alguma agressão física ou sexual na vida adulta. Entretanto, quando questionadas se teriam sofrido violência na vida adulta, das 322 entrevistadas, apenas 87 mulheres (27%) responderam que sim. Dessa forma, do total de entrevistadas que disseram ter sofrido algum tipo de agressão ou abuso na vida adulta - 224 mulheres - apenas 82 (36,6%) destas consideraram ter sofrido violência, o que revela que 142 entrevistadas que passaram por algum desses episódios (63,4%) não o perceberam como violento (Schraibber et al, 2003b).

Com intuito de identificar de que forma a violência doméstica tem sido abordada no âmbito acadêmico, um estudo bibliométrico (Franco, López-Cepero & Díaz, 2009), a partir de busca na base de dados PsycINFO, utilizando-se a expressão *domestic violence*, apontou os oito principais autores, levando-se em consideração o período de 2000 a 2007. A análise do conteúdo das publicações destes revelou que, enquanto alguns autores que escrevem sobre o tema adotam definições e focos de estudo

exclusivamente na violência entre parceiros íntimos, como Dutton Donald G.; Moore, Todd, M. e Stuart, Gregory L. Outros, como Alytia A. Levendosky, Jeffrey L. Edleson,; G. Anne Bogat; Sandra A Graham-Berman e Mieko Yoshihama, pesquisam ainda as consequências negativas para os filhos que presenciam esse tipo de violência, distinguindo a violência entre adultos daquela direcionada a crianças.

O autor de maior destaque em número de publicações foi Alytia A. Levendosky, com 18 trabalhos e este, em concordância com G. Anne Bogat, Sandra A. Graham-Bermann Mieko Yoshihama, define a violência doméstica como aquela exercida pelo homem à sua parceira íntima, sendo também utilizado pelo mesmo autor o termo Intimate Partner Violence para descrever a mesma situação. Já os autores Donald G. Dutton, Todd M. Moore e Gregory L. Stuart entendem o fenômeno como passível de ocorrência mútua, ou seja, ocorrendo tanto do homem em direção à mulher, quanto desta em relação a seu companheiro. Assim, outras expressões como “abuso ou maltrato infantil”, “violência de casal ou direcionada a parceiro íntimo”, também podem ser usadas para descrever o fenômeno da violência no âmbito da família.

Com a finalidade de simplificação e, ao mesmo tempo, de abarcar a amplitude que envolve o fenômeno, neste trabalho optou-se por utilizar a expressão “violência doméstica” para designar a violência que acontece no contexto das relações familiares e de afeto (podendo incluir crianças, mulheres, homens e idosos). Essa posição justifica-se na medida em que a literatura sobre o assunto, conforme pesquisas em bases de dados internacionais, é mais facilmente localizada no âmbito acadêmico sob o descritor “*domestic violence*” (Franco et al., 2009).

3.1 Manifestações da violência doméstica e sua inserção no campo da saúde

A violência doméstica pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade. Ressalta-se a importância do conhecimento das diferentes formas de manifestação da violência doméstica para a identificação precoce de casos e a realização de intervenções que propiciem a prevenção primária e secundária de casos. Tendo em vista que os atos violentos que ocorrem no âmbito das relações domésticas tendem a se agravar, intervenções que promovam o rompimento do ciclo de agressões precocemente podem impedir a ocorrência de lesões graves, homicídios ou demais complicações associadas à condição de estresse em que vivem as vítimas e aqueles que presenciam tais situações.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2002c), a violência que ocorre no âmbito das relações familiares pode se manifestar de diferentes maneiras, destacando-se a física, a sexual e a psicológica, que são as mais frequentes. Ressalta-se que estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma seqüência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema.

A violência física ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder diante de outra, causa ou tenta causar dano intencional, por meio do uso da força física, ou de algum tipo de arma, podendo provocar lesões externas, internas ou ambas. Esta violência pode ser manifestada de várias formas, como tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias e alimentos, tirar de casa forçadamente, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, abandonar em lugares desconhecidos, danos à integridade corporal decorrentes

de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros).

A violência sexual caracteriza-se por toda ação na qual uma pessoa, em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga outra pessoa ao ato sexual e/ou à exposição em interações sexuais que levem à sua vitimização. Pode se manifestar em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. São exemplos de violência sexual: carícias indesejadas, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada, exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e masturbação forçada, uso de linguagem erotizada, em situação inadequada, impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo, ser forçado(a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal.

Por fim, a violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Incluem-se aqui insultos, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e/ou familiares, ridicularização, manipulação afetiva, exploração, ameaças, privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.) e danos psicológicos decorrentes da negligência.

Percebe-se que, desde sua manifestação mais inicial e sutil, quando se apresenta no campo verbal, àquela mais evidente, que deixa marcas físicas e pode chegar a um dano fatal, a qualidade de vida e saúde daquele que é acometido ou que presencia a violência, é afetada. Ainda que um indivíduo não perceba o dano que lhe é gerado por vivenciar tal situação de tensão, o profissional de saúde pode, por meio de sua

identificação e intervenção precoce prevenir a perpetuação e agravamento da violência, interrompendo os prejuízos que estão envolvidos.

No Brasil, apesar do impacto e dimensão da violência no âmbito doméstico para a saúde dos indivíduos, esta ainda não pôde ser adequadamente identificada. O diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural e pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que não se sentem capacitados para enfrentar os desdobramentos posteriores. Estudos realizados nos serviços de saúde, com os profissionais que compõem as equipes de trabalho, indicam que estes raramente abordam o assunto com os pacientes, mesmo quando suspeitam que este está envolvido em alguma situação de violência, por não saberem como realizar a identificação de um caso, por não entenderem esta ação como parte de suas atribuições profissionais ou mesmo por não acreditarem que sua intervenção possa surtir alguma mudança para os pacientes (Kiss, 2004; Schraiber et al., 2005).

Diante disso, proporcionar espaços que visem a qualificação dos profissionais para atuar frente a possíveis casos de violência doméstica, torna-se uma ação fundamental para que os mesmos desenvolvam um papel mais ativo na prevenção desse agravo. Apesar de programas de investigação epidemiológica sobre a violência doméstica estarem em ascensão, na esfera das intervenções, o conhecimento é recente e encontra-se em níveis diferentes de desenvolvimento dependendo das localidades, o que intensifica a necessidade de aprofundamento e aprimoramento de instrumentos voltados para a detecção e o acompanhamento de vítimas, agressores e de suas famílias (Reichenheim, Moraes & Hasselmann, 2000).

A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas conseqüências imediatas quanto tardias e em segmentos populacionais diversos (Brasil, 2002a; Brasil, 2005b). Dessa forma, insere-se no campo de atuação da saúde, em todos os seus níveis

de atenção: primária, secundária e terciária. Entretanto, devido à Atenção Primária à Saúde (APS) atingir a maior parte da população, este seria um nível de atenção estratégico para a aplicação de ações preventivas em relação à violência doméstica. Os serviços básicos de saúde são importantes para a detecção da violência devido à sua proximidade e ampla cobertura, funcionando como espaço importante de para identificar a violência doméstica e estabelecer vínculos com os envolvidos (Schraiber, D' Oliveira, França-Junior & Pinho, 2002; Cavalcanti, Gomes & Minayo, 2006).

Através do processo de municipalização previsto na lei que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, o governo brasileiro lançou o Programa de Saúde da Família (PSF). Desenhada inicialmente como um programa, a Saúde da Família passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, buscando reorientar o modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Sua ampliação, desde 2003, tem como objetivo estender a cobertura das ações básicas de atenção à saúde e alterar o modelo assistencial vigente, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, com foco curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e sem estabelecimento de vínculos de cooperação e co-responsabilidade da equipe de saúde com a comunidade (Brasil, 2002b).

O Programa Saúde da Família pode ser considerado como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente no Brasil, com implementação de equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento de um número específico de famílias que residem em uma área geográfica limitada. A atuação visa ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. O estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade com a população, bem como o desenvolvimento da

intersectorialidade caracterizam a atuação das equipes que visam, em sua essência, intervir em situações que, apesar de transcenderem a especificidade do setor de saúde, influenciam as condições de saúde dessas famílias (Brasil, 1997).

Dessa forma, o Programa Saúde da Família, encontra-se em posição privilegiada para atuação preventiva da violência doméstica, pela proximidade com a comunidade local, pela atuação intersectorial, com o estabelecimento de parcerias, diálogo constante com diferentes setores e, primordialmente, pela responsabilidade na promoção da saúde. Para tanto, instrumentos de avaliação que facilitem não somente a identificação da situação, mas também favoreçam a realização de intervenções que promovam a prevenção da violência doméstica nos níveis primário, secundário e terciário, são de suma importância para a atuação do profissional do referido Programa.

3.2 Instrumentos de Avaliação e Intervenções para Violência Doméstica na Saúde

Partindo do reconhecimento que a saúde não se limita à ausência de doença e que estas são determinadas por diferentes fatores etiológicos, desde genéticos e bioquímicos a comportamentais/psicodinâmicos e socioambientais, a compreensão destes estados exige um entendimento mais elaborado da interação destes fatores. Daí a importância da construção, validação e aplicação de instrumentos que permitam o aprimoramento da avaliação psicológica na saúde (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Apesar do importante papel do setor de saúde no enfrentamento da violência doméstica, podendo atuar no reconhecimento e acolhimento da vítima antes da ocorrência de seqüelas ou incidentes mais graves (Kronbauer & Meneghel, 2005), parte

considerável dos casos de violência não é identificada, tornando esse fenômeno invisível nos serviços (Schraiber & D'Oliveira, 2003a; Schraiber et al, 2003b). Um dos motivos é a falta de capacitação dos profissionais para detectar situações de violência nas queixas apresentadas (Reichenheim, Dias & Moraes, 2006) e a concepção de que a violência doméstica é um problema privado e só pode ser resolvido neste âmbito. A relativa “invisibilidade” é reforçada pela complexidade da violência, tornando-a um agravo de difícil intervenção. Assim, de forma geral, as vítimas não expõem o problema e os profissionais não perguntam a respeito.

A complexidade do fenômeno em si e a dificuldade de seu reconhecimento, pode contribuir para que o número de ações, quer preventivas ou de acompanhamento das vítimas ainda seja escasso, sobretudo no setor de saúde. Na tentativa de favorecer a melhoria desta situação, torna-se necessário aprimorar as formas de aferição da violência doméstica e/ou intrafamiliar, tanto no sentido de sua suspeição, como de sua identificação. Assim, é fundamental investir no desenvolvimento de instrumentos que possam ser utilizados nos serviços de saúde e em pesquisas (Moreira, Galvão, Melo & Azevedo, 2008). Tratando-se de identificação de casos, cabe destacar alguns instrumentos de avaliação que têm sido utilizados no Brasil, após adaptação, tendo em vista o seu reconhecimento no meio científico.

O instrumento *Abuse Assessment Screen (AAS)*, visa especificamente o rastreamento de casos de violência contra a mulher durante a gestação, um evento freqüentemente descrito fora do Brasil (Heise, 1994). Foi desenvolvido nos EUA, em 1989, pelo *Nursing Research Consortium on Violence and Abuse* (Parker & McFarlane, 1991; McFarlane, Parker, Soeken & Bullock, 1992). O AAS contém cinco questões para identificar a freqüência, a gravidade e os locais da lesão corporal, bem como a relação com o agressor – marido, ex marido, namorado, estranho, outro. Seu conteúdo foi

relatado como válido (McFarlane, Parker & Soeken, 1996) e encontradas evidências de que há boa consistência de detecção de violência contra a grávida entre o AAS e outros instrumentos afins (Norton, Peipert, Zierler, Lima & Hume, 1995). Mediante a constatação de sua validade e consistência, foi traduzido para o português (Reichenheim et al., 2000), sendo, portanto, um instrumento que pode ser utilizado para identificação de casos de violência doméstica durante o acompanhamento de gestantes nos serviços de saúde do Brasil.

O instrumento *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1) foi desenvolvido no final da década de 70. Faz parte de um conjunto de instrumentos de identificação de violência na família, que vem sendo elaborado pelo *Family Research Laboratory* nos Estados Unidos da América há cerca de duas décadas. Foi o primeiro desses instrumentos e teve grande aceitação na comunidade científica, tendo sido utilizado em pesquisas em mais de vinte países, envolvendo cerca de 70.000 participantes (Straus, 1979; Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996), sendo um instrumento já adaptado para o português (Hasselmann & Reichenheim, 2003).

A CTS-1 objetiva mensurar as estratégias utilizadas pelos membros da família para resolver possíveis desavenças e identificar, indiretamente uma situação de violência familiar. É composta por questões que englobam três táticas para lidar com conflitos: argumentação, que consiste no uso de discussão com utilização de linguagem moderada e sensata; agressão verbal, pelo uso de insultos e ameaças com intenção de, simbolicamente, machucar e agredir o outro; e agressão física, quando a força física explícita é utilizada. A CTS-1 original em inglês tem sido investigada desde sua construção e estudos apontam para uma baixa taxa de recusa; boa confiabilidade, sobretudo para as escalas de violência física; e validade concorrente, de constructo e de conteúdo (Straus, 1979; Straus & Gelles, 1995).

A partir da experiência acumulada com a ampla utilização da CTS-1, foram desenvolvidos instrumentos mais específicos voltados para a detecção da violência entre determinados membros do núcleo familiar. O instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* – CTS2, concebido por Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman (1996) em língua inglesa, é um desses instrumentos e foi concebido especificamente para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. O desenvolvimento da CTS2 é relativamente recente e o histórico de sua adaptação para outros idiomas e culturas, ainda mais. Em 2002, Moraes, Hasselmann & Reichenheim, iniciaram o processo de adaptação do instrumento para a língua portuguesa.

A CTS2 contém 38 itens agrupados em pares, totalizando 78 itens de perguntas que descrevem possíveis ações do respondente e de seu companheiro. Apresenta um formato breve, com tempo médio de administração e resposta de 10 a 15 minutos (Alexandra & Figueiredo, 2006). Estes formam cinco escalas que representam as respectivas dimensões. Três delas são abordadas por itens abarcando táticas de resolução de conflitos através de negociação, agressão psicológica e violência física. As outras duas informam sobre as possíveis conseqüências da violência na saúde individual do respondente e de seu companheiro (a), além da existência de coerção sexual no relacionamento do casal.

Dessa forma, os instrumentos de avaliação mencionados ilustram alguns meios pelos quais é possível qualificar a identificação de diferentes situações de violência, por parte dos profissionais. Ressalta-se a necessidade de construção de novas escalas que atendam a demandas e contextos específicos.

Já no âmbito das práticas de intervenção, tendo em vista o papel relevante do setor de saúde na identificação e intervenção de casos de violência doméstica, a

demanda que se apresenta aos profissionais é de uma abordagem diferenciada, atentando-se para a utilização de uma linguagem e postura específicas. A intervenção de um estudo que está sendo realizado no Reino Unido (Gregory et al, 2010) foi baseada na teoria de educação para adultos e teve como foco enfrentar as barreiras que dificultam ou impedem que os profissionais perguntem sobre a ocorrência de violência doméstica, bem como promover respostas mais adequadas ao problema. O objetivo do estudo é testar a eficácia e custo-efetividade do referido treinamento. O resultado primário é o encaminhamento das mulheres em situação de violência doméstica para instituições especializadas.

A principal intervenção consistiu em duas horas de sessões de treinamento multidisciplinar direcionadas à equipe (médicos, enfermeiros, conselheiros, parteiras, agentes de saúde, técnicos em enfermagem). As sessões de treinamento foram projetadas para melhorar a resposta dos profissionais para mulheres vítimas de abusos através da identificação, apoio e encaminhamento para instituições especialistas na temática. Além de um psicólogo, a participação de um defensor foi fundamental para a intervenção, combinando a formação de um papel de apoio às práticas através da prestação de orientações jurídicas para mulheres. As sessões de treinamento foram seguidas pelo contato periódico em reuniões clínicas.

Foi realizada também uma hora de treinamento com a equipe administrativa centrada nas questões de confidencialidade e segurança para os pacientes que experimentam abuso e entrega de material de informação. Além disso, um curso de apoio para os médicos e funcionários da recepção nas práticas foi fornecido com o objectivo de consolidar a formação inicial. Os profissionais foram também solicitados e elegeu um participante para receber uma formação adicional de dois dias em violência doméstica, integrando o conteúdo ao trabalho prático.

Outros componentes da intervenção incluem: modelo de diagnóstico baseado em quatro questões validadas no Reino Unido para identificação de violência por parceiro íntimo (anexados junto a outros registros diagnósticos); materiais de divulgação sobre violência doméstica visíveis nos serviços (salas de espera e banheiros das mulheres).

Nessa mesma linha, publicações internacionais (Nappi et al., 2004) e nacionais (Brasil, 2002c; Schraiber & D'Oliveira, 2003a) voltadas para os profissionais de saúde descrevem orientações, visando esclarecer conceitos, princípios básicos de identificação e rastreio, respostas adequadas e principais dificuldades para lidar com a temática. De maneira geral, o conteúdo visa familiarizar os profissionais em relação à magnitude e as características da violência doméstica, o adoecimento associado e suas repercussões para os serviços de saúde, a importância deste como espaço apropriado de acolhimento de pessoas em situação de violência.

Segundo Schraiber e D'Oliveira (2008), tendo como objetivo propiciar um ambiente favorável ao relato da agressão, ou mesmo o apoio à vítima neste caminho, de forma a prevenir e minimizar danos em situações de violência doméstica, as ações dos profissionais devem passar por: 1) “ver e fazer-ver a violência”; 2) “desenvolver um agir ético e comunicativo”; 3) formular e implantar a intervenção técnica apropriada”; 4) “propor organização e gestão dos serviços integrativa”.

Promover a visibilidade da violência doméstica significa ultrapassar a assistência a casos eventuais, organizando o serviço e as equipes de forma global, incluindo aí o registro nos prontuários e documentos institucionais. Primar por uma ação comunicativa e pautada na ética, implica valorizar o relato que extrapola a doença e seus riscos, sem incorrer em julgamento moral, estabelecendo relações interativas com as vítimas. A formulação e implantação de uma intervenção técnica apropriada se dão a partir da

adoção de uma prática distinta da terapêutica biomédica, baseada na medicalização, mas sim com base na escuta e orientação, para o desenvolvimento de ações e decisões a partir do relato da vítima. Além disso, a organização e gestão dos serviços de forma integrativa, de forma a promover ações assistenciais articuladas com outros atendimentos, como parte da estrutura e funcionamento global dos serviços, sensibilizando todos os profissionais a atuarem frente à questão, capacitando os que já atuam mais diretamente com o público mais envolvido em situações de violência (Schraibber & D'Oliveira, 2008).

Destaca-se a presença do segmento populacional representado pelas mulheres nos serviços de atenção primária à saúde. Estudos internacionais mostram altas prevalências do problema nos serviços de saúde direta ou indiretamente. Mulheres que sofreram violência física ou sexual têm mais problemas de saúde do que as outras mulheres tanto em relação ao funcionamento físico quanto ao bem-estar psicológico e adotam futuros comportamentos de risco, como fumar e consumir abusivamente álcool e outras drogas. Conseqüentemente, utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas que não passaram por esta experiência (Mccauley et al., 1995, Golding, 1996; Felitti et al, 1998, Campbell, 2002).

Em média, as vítimas de abuso passam por mais cirurgias, consultas médicas, internações em hospitais, idas a farmácias e consultas de saúde mental durante sua vida do que as que não são vítimas, mesmo depois de controlar os potenciais fatores de frustração. (OMS, 2002). Pesquisa em atenção primária apresenta uma frequência de 21,4% mulheres relatando violência doméstica a partir dos 18 anos (Mccauley et al., 1995) e que estudo brasileiro realizado 322 usuárias de uma unidade básica de saúde apontou que, 55,6% (179 mulheres) das mulheres entrevistadas, responderam já terem sofrido maus tratos, humilhação ou agressão por alguém próximo (Schraiber et al.,

2002). Dessa forma, torna-se relevante a realização de pesquisas que visem aprimorar e orientar intervenções voltadas para esse contexto.

3.3 Violência Doméstica e Mulheres

Ao longo do século XX, diversas Conferências Internacionais definiram uma gama de direitos humanos básicos para todas as pessoas, configurando-se como marco legal para o avanço na proteção desses direitos. Destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, realizada no Belém do Pará por ter força de lei interna na Constituição Federal vigente (Barsted & Hermann, 1999). Segundo esta convenção, a violência contra a mulher está definida como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause ou possa causar morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Outras expressões foram sendo incorporadas à temática especificando e diferenciando manifestações de violência envolvendo mulheres, como a expressão violência de gênero, que começa a ser utilizada no final dos anos 80, quando ocorre uma mudança teórica significativa nos estudos feministas no Brasil. Gênero é um conceito das Ciências Sociais que surge para análise e compreensão da desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem. Dessa forma, os papéis de gênero nos são transmitidos como próprios da condição de ser homem ou mulher, produzindo-se e reproduzindo-se socialmente, enquanto imagens do que é feminino e masculino, sem que se tenha a percepção de que isso ocorre (Gomes, 2002). Sob a influência dos debates norte-americanos e franceses sobre a construção social do sexo e do gênero, as

acadêmicas feministas no Brasil passam a substituir a categoria “mulher” pela categoria “gênero”. Esta abre caminho para um novo paradigma no estudo das questões relativas às mulheres. O paradigma do patriarcado pressupõe papéis sociais rígidos, condicionados culturalmente pelas diferenças biológicas entre o homem e a mulher, é substituído por uma nova perspectiva de gênero, que enfatiza a diferença entre o social e o biológico, considerando como gênero a relação socialmente construída entre homens e mulheres, servindo como categoria de análise para se investigar a construção social do feminino e do masculino (Santos & Izumino, 2005).

A expressão violência de gênero designaria aquele tipo de violência que envolve homens e mulheres, na qual a mulher é geralmente a vítima e que é derivada de relações de poder desiguais entre homens e mulheres, afetando desproporcionalmente as mesmas (Saffioti, 2004). Inclui danos físicos, sexuais e psicológicos (sofrer intimidação, coação e/ou privação de liberdade no seio da família ou na comunidade em geral). Não se limitando a estes, também abarca a violência que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado e relações de poder desiguais entre homens e mulheres. Já o termo violência por parceiro íntimo (VPI) é definido pela OMS (2002) como qualquer comportamento praticado por parte de um homem ou mulher, em um relacionamento íntimo, que provoque danos físicos, sexuais ou psicológicos. As repercussões deste tipo de agressões se estendem à saúde física, psicológica e reprodutiva das mulheres, podendo permanecer após ter sido cessada a violência (Schraiber, 1999; Schraiber et al., 2005).

Ainda com intuito de investigar como a temática da violência envolvendo mulheres tem sido abordada no âmbito acadêmico, um estudo que teve como objetivo realizar um levantamento bibliométrico sobre violência doméstica, a partir de artigos indexados em bases de dados internacionais, indicou que a mulher destaca-se como principal vítima entre as publicações encontradas no período de 2006 a 2009. Foi

realizada busca eletrônica em três diferentes bases de dados (*Web of Science, Psyc Info e Lilacs*), associando-se a expressão “domestic violence” com as palavras: “homem”, “mulher”, “criança”, “adolescente” e “idoso”. Foram selecionados apenas artigos, durante o período supracitado, os quais foram analisados através da leitura dos títulos e abstracts. Dos 636 artigos coletados a maior parte foi publicada no ano de 2006. As revistas que mais publicaram foram: *Journal of Family Violence, Violence Against Women e Journal of Interpersonal Violence*. Mulheres vítimas constituíram o principal foco dos artigos, seguidas de crianças, sendo que a maior parte das publicações abordou apenas um tipo de vítima da violência familiar. Predominou também a identificação do homem como praticante da violência doméstica (Bhona; Lourenço & Brum, 2011).

A violência doméstica é a forma mais comum de violência baseada no gênero. Entende-se por violência doméstica contra a mulher atos e comportamentos direcionados contra a mulher, podendo se apresentar como agressões físicas e sexuais, ou sua ameaça, maus tratos psicológicos e o desrespeito aos direitos na esfera da vida reprodutiva ou da cidadania social. É cometida por um membro da família, pessoa que habite ou tenha habitado o mesmo domicílio, caracterizando-se como a forma mais freqüente de violência sofrida pelas mulheres (Schraiber & D’Oliveira, 2003a).

Entre as mulheres, a violência física e a sexual são os eventos mais freqüentes, cujos determinantes estão associados às relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Estima-se que uma a cada cinco mulheres sofrem alguma forma de violência durante a vida, podendo levar à lesão grave ou morte. Além disso, em cerca de um quarto dos casos, o abuso sexual também ocorre (UN Millennium Project, 2005). Dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar – Pnad – indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher (Brasil, 2002b). Os

agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior frequência, como maridos, companheiros e parentes próximos. Estudos em todo o mundo apontam uma elevada prevalência e variabilidade da VPI - 15% a 71% - (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno, 2008, Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006). No Brasil, estudos apontam uma alta prevalência de violência praticada contra mulheres por parceiros íntimos (Schraiber et al., 2007; Vieira, Perdoná & Santos, 2011).

Alguns aspectos destacam-se no que diz respeito às dificuldades da vítima tomar algum tipo de atitude. Embora as mulheres abusadas vivam em situação de grande tensão, o medo da desaprovação, do julgamento, ou de represália da comunidade, destacam-se como fatores que paralisam as vítimas e constituem-se como barreiras para a realização de ações que promovam mudanças. Estes receios podem ser justificados já que estudos de países desenvolvidos mostram que um número significativo de homicídios entre parceiros íntimos ocorrem quando uma mulher tenta se desvincular de um parceiro abusivo, ou logo depois. Na Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e os Estados Unidos, 40% a 70% das mulheres vítimas de assassinato foram mortas por seus parceiros masculinos (OMS, 2002).

Outro fator relevante é a postura dos profissionais diante de casos de violência doméstica. O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado nos diversos serviços existentes. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida (Brasil, 2002c).

Nesse sentido, estudos e intervenções que avaliem e busquem promover mudanças nas crenças e atitudes dos profissionais que atuam em situações de violência

doméstica torna-se relevante, na medida em que estas podem influenciar ações adequadas de prevenção e promoção de saúde de vítimas e demais pessoas envolvidas.

3.4 Crenças e Violência Doméstica

Em sociedades e grupos sociais humanos, as crenças descrevem e avaliam uma situação presente, relacionando-se a condutas das pessoas e sendo essenciais para a organização dinâmica e cultural das coletividades de uma forma ampla (Lourenço, 1993). Para o behaviorista Daryl Bem (1972), as crenças e atitudes humanas se fundamentam em quatro atividades: o “pensar”; o “sentir”; o “comportar-se” e o “interagir”, sendo os fundamentos psicológicos das crenças e atitudes divididos em: cognitivos (pensar), emocionais (sentir), comportamentais (comportamentais) e sociais (interagir com os outros). Nessa perspectiva quanto mais justificada uma crença, mais intensamente ela tende a ser endossada, especialmente nas circunstâncias em que a decisão sobre o que se irá acreditar ou não tiver sido objeto de um intenso trabalho de reflexão e crítica.

Milton Rockeach desenvolveu seus estudos sobre crenças com uma perspectiva não behaviorista, defendendo que o sistema total de crenças de uma pessoa abrange crenças primitivas pré-ideológicas, compartilhadas ou não socialmente sobre a natureza do mundo físico, da sociedade e do eu (Rockeach, 1981). Para este autor, assim como os elétrons, os astros e os cromossomos, as crenças também tendem a se organizar em sistemas lógicos, apresentando propriedades estruturais mensuráveis. Esse autor acredita que “as crenças não são relatórios verbais” e sim “inferências feitas por um observador sobre estados de expectativas básicas.” (p.2). Assim, as crenças não

poderiam ser diretamente observadas, mas sim inferidas da melhor forma possível. Para Rockeach as crenças se dividiriam em classe e a partir dessa formulação derivou hipóteses relativas à resistência diferencial de mudança das crenças, variando em centralidade, além dos feitos de tais mudanças para o resto do sistema de crenças. (Rockeach, 1981).

Segundo Helmuth R. Krüger (1995), psicólogo social brasileiro, crenças são proposições que, na sua formulação mais simples, afirmam ou negam uma relação entre dois aspectos concretos ou abstratos ou entre um objeto e um possível atributo deste. São elementos de representação mental, abstratos em sua essência e oriundos de experiências individuais e coletivas. Um aspecto relevante do estudo de crenças de Krüger diz respeito ao que o mesmo chama de “valor de verdade”. Dessa forma, as crenças tendem a ser organizadas, adquirindo forma de teorias, doutrinas, argumentos e sistema de opinião e pensamento, de forma que até mesmo o mais rigoroso dos cientistas, ao aceitar sua teoria, faz com que esta se torne um “sistema de crença”.

Para Krüger (2004), as crenças seriam organizadas em sistemas ou conjuntos logicamente estruturados, sendo capazes de ativar motivações e, conseqüentemente, condutas sociais, influenciando por essa via, processos coletivos. Partindo do pressuposto que os grupos sociais apresentam algumas características comuns a seus membros, como leis, costumes, valores e crenças compartilhadas chegando a ser extremamente influentes no estabelecimento do curso de processos seletivos, podem-se formular hipóteses sobre possíveis reações ou movimentos sociais diante de quaisquer circunstâncias quando se conhecem algumas crenças compartilhadas (Krüger, 1995).

O conceito de crenças também é um construto fundamental na abordagem cognitiva, desenvolvida pelo [psiquiatra](#) norte-americano Aaron T. Beck. Essa abordagem psicoterapêutica destaca a importância das emoções e do comportamento no

funcionamento do ser humano (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). A psicopatologia nesse modelo está relacionada a três padrões cognitivos. O primeiro está relacionado ao modo como a pessoa vê a si mesma. O segundo, o modo como o sujeito avalia o mundo ao seu redor e o terceiro, o modo como o indivíduo visualiza seu futuro. Dessa forma, destacam-se as visões distorcidas dos indivíduos em relação ao *self*, ao ambiente e ao futuro e ainda a inter-relação entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos, já que a forma de interpretação das situações ambientais influencia a forma como a pessoa se sente e se comporta (Beck, J., 1997). Assim, alterações do pensamento desencadeiam mudanças de humor e comportamento (Beck et al, 1997).

Para tratar do conceito de crenças na abordagem cognitiva é necessário mencionar o conceito de esquemas, que, segundo Aaron Beck (1964) seriam “estruturas cognitivas dentro do pensamento, cujo conteúdo específico são as crenças centrais” (como citado em Beck, J., 1997, p. 175). Ao longo do seu desenvolvimento, o indivíduo forma esquemas pela interpretação das situações cotidianas, o que o auxilia a avaliar os eventos externos e internos.

O ser humano apresenta dois níveis de crenças, centrais e intermediárias. As crenças centrais formam-se no decorrer do desenvolvimento humano, desde a infância, como um processo adaptativo e são tidas como “verdades absolutas” pela pessoa. Elas são mais globais e rígidas. Já as crenças intermediárias são influenciadas pelas crenças centrais e, a partir de uma crença central, a pessoa desenvolve atitudes, regras e suposições. Assim, a forma como a pessoa percebe a realidade é permeada por essas “verdades” desenvolvidas ao longo do tempo e suas idéias, sentimentos e ações sofrem a mesma influência (Beck, J., 1997).

Um aspecto relevante para o presente estudo é destacar que as crenças centrais não dizem respeito apenas à pessoa em si, mas se desenvolvem como uma forma de dar

sentido ao contexto externo e às relações com outras pessoas, o que acontece desde os primeiros estágios do desenvolvimento. Assim, identificar crenças que estão subjacentes a atitudes, regras e suposições disfuncionais e intervir de modo a modificá-las pode refletir nas ações subseqüentes. Uma crença pode ser definida como a probabilidade subjetiva de que um objeto possua determinado atributo. Dessa forma, toda crença associa um atributo a um objeto, com certa probabilidade subjetiva (a expectativa). Em sociedades e em grupos sociais humanos, as crenças descrevem e avaliam uma situação presente, relacionando-se às condutas das pessoas e sendo essenciais para a organização dinâmica e cultural das coletividades de uma forma ampla (Cavazza, 2008). Dessa forma, no estudo da violência doméstica, uma análise das crenças dos profissionais que lidam diretamente com este fenômeno se torna relevante (Gebara et al, 2010), na medida em que tais crenças se constroem a partir da experiência direta (Cavazza, 2008; Krüger, 1995).

A Educação para o trabalho em saúde requer, inicialmente, desconstrução de crenças geralmente limitadoras da abordagem e da intervenção nesse contexto (Lourenço et al., 2011). O enfrentamento da violência, em suas diversas manifestações, como a violência que se manifesta no âmbito das relações domiciliares, passa pelo sistema de crenças culturalmente estabelecidas do que é a violência, sistema esse que precisa ser conhecido e, em alguns casos, modificado (violência como exclusivamente “casos de polícia” ou sujeitas intervenções meramente punitivas). Uma vez que a violência vem se destacando como um assunto de grande repercussão na sociedade, pesquisas sobre o tema mostram-se relevantes para um maior conhecimento desse fenômeno. Diante disso, uma análise a partir do estudo das crenças torna-se pertinente tendo em vista o papel importante que estas têm na interpretação dos esclarecimentos neste ramo da ciência.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar as crenças dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica em serviços de APS de municípios pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as crenças dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica antes da metodologia de intervenção proposta.
- Avaliar as crenças dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica após a metodologia de intervenção proposta.
- Avaliar a metodologia de intervenção proposta para mudança de crenças dos profissionais de saúde.

5 METODOLOGIA

5.1 Contextualização da Pesquisa e Procedimentos

Em 2009, o Pólo de Pesquisas em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS), da Universidade Federal de Juiz de Fora, iniciou um projeto intitulado “Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde”. Trata-se um projeto-piloto, nos moldes de experiências anteriores (Ronzani, Ribeiro, Amaral & Souza-Formigoni, 2005; Ronzani, Amaral, Souza-Formigoni & Babor, 2008; Ronzani, Mota & Souza, 2009), mas neste caso contemplando, além da disseminação de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, a temática de violência doméstica. A introdução desta no projeto também teve origem em investigações anteriores do referido Pólo de Pesquisa (Lourenço et al., 2006; Gebara & Lourenço, 2008), apontando a necessidade de se pensar em intervenções eficazes no plano institucional tendo em vista a inexistência de projetos específicos de prevenção e combate à violência intrafamiliar, bem como uma política voltada à capacitação dos profissionais de saúde para lidar com esta problemática no espaço pesquisado (Gebara & Lourenço, 2008).

A presente pesquisa ocorreu em Rio Novo, Lima Duarte e São João Nepomuceno, municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, com menos de 40.000 habitantes. A escolha dos mesmos justifica-se pelas características dos sistemas de saúde locais, organizados de forma horizontal, com uma maior proximidade entre gestores, profissionais e usuários dos serviços se comparados a municípios maiores, o que facilita a avaliação e o acompanhamento das atividades.

Foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade para os municípios participantes: 1) Aceite formal da Secretaria Municipal de Saúde em participar do projeto; 2) Capacitação de equipes de PSF completas; 3) Disponibilização de horas de trabalho dos profissionais para participarem da parte presencial da capacitação; 4) Maior número de profissionais inscritos; 5) Municípios com menos de 40.000 habitantes; 6) Ter PSF implantado no município.

Após o contato com os gestores das secretarias municipais de saúde, para autorização e apoio para efetivação do projeto, foi realizada uma sensibilização, através de reuniões com os setores: Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Tutelares, Delegacias, Assistência Social, Comunidade Civil Organizada (AA), Gestores e Coordenadores de Saúde e outros setores importantes para o processo. Num segundo momento, os profissionais selecionados para participarem deste estudo, assim como os gestores e facilitadores, passaram por uma capacitação sobre práticas de prevenção ao uso de substâncias psicoativas e violência doméstica, divididos em três módulos de aproximadamente 4 horas de duração.

Em relação à violência doméstica, a capacitação buscou desenvolver competências conceituais, comunicativas, interpessoais e políticas dos profissionais em relação ao impacto da violência sobre a saúde; às ações de prevenção; ao atendimento das vítimas; e ao gerenciamento de ações. O conteúdo da capacitação foi baseado em materiais de orientação para profissionais de saúde elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002b, Brasil, 2002,c). Foram apresentados e discutidos conceitos e crenças em relação à violência doméstica de uma forma geral, enfatizando o papel da mulher neste contexto, por ser esta a forma mais frequente de violência sofrida pelas mulheres, diferente dos homens, cuja principal forma de violência que os acometem é aquela que ocorre no espaço público, ocasionada por conhecidos ou

estranhos. Além disso, as mulheres são as principais usuárias de serviços de saúde, especialmente os da atenção primária (Schraiber & D'Oliveira, 2003b), o que poderia favorecer a execução de ações preventivas.

Antes de introduzir um conteúdo conceitual sobre violência doméstica foram apresentadas algumas frases e ditados populares que representam crenças sobre o assunto e, em seguida, uma discussão acerca das mesmas. Assim, objetivou-se estimular a participação dos profissionais no sentido de expressarem de que forma se posicionavam perante a questão, tendo em vista que tais crenças levam a uma análise inapropriada do problema e, conseqüentemente, intervenções ineficazes ou mesmo inexistentes (Sinclair, 2010). Após esse momento mais interativo, apresentou-se o conceito de violência doméstica, bem como suas principais formas de manifestação, buscando associar os relatos anteriores dos participantes ao conteúdo teórico. Seguiu-se com a apresentação e discussão da Lei 11.340/06, do Código Penal Brasileiro (Brasil, 2006), a Lei Maria da Penha, visando instrumentalizar minimamente o profissional para orientar seus pacientes sobre a mesma, por se tratar de uma das possíveis intervenções. Finalizando a primeira parte da capacitação, explanou-se sobre as principais conseqüências da violência doméstica para a saúde individual e seu impacto para a saúde pública.

A segunda parte teve como objetivo capacitar o profissional para uma atuação adequada em relação à prevenção deste tipo de agravo, com foco na triagem constante dos casos e a forma de realizar o acolhimento (Brasil, 2001; Brasil, 2002b, Brasil, 2002c, Nappi et al., 2004). Foram apresentados e discutidos conteúdos relacionados às dificuldades de se relatar uma situação de VD, bem como as barreiras dos profissionais de saúde em tratarem desta questão. Por fim, passos e orientações práticas a serem seguidas pelo profissional para facilitar a abordagem e a identificação dos casos.

Dessa forma, o intuito foi iniciar a temática da violência doméstica neste contexto, buscando promover ações de prevenção primária, para evitar que casos de ameaças ou lesões leves viessem a progredir para um maior dano à saúde da vítima.

A terceira etapa foi realizada nos serviços, através de um acompanhamento da aplicação do conteúdo fornecido na capacitação e discussão de casos identificados, por meio de um encontro semanal com as equipes treinadas durante o período de três meses.

Foram incluídos no estudo os profissionais que atuavam no Programa Saúde da Família; participaram da capacitação sobre violência doméstica; responderam ao questionário de crenças e atitudes em relação à violência doméstica antes e depois da capacitação.

5.2 Participantes:

O estudo contou com 65 profissionais do Programa Saúde da Família de municípios de pequeno porte de Minas Gerais: Lima Duarte, São João Nepomuceno e Rio Novo. Os participantes da amostra eram em sua maioria do sexo feminino (84,6%), sendo que 58,5% não possuíam cônjuge/companheiro e 60% não possuíam filhos. Em relação à escolaridade 53,8% tinham Ensino Médio Completo, 27,7%, Ensino Técnico e 10,8% Curso Superior. No que tange à ocupação dos profissionais no PSF, predominaram os agentes comunitários de saúde (72,3%), seguidos de técnicos/auxiliares de enfermagem (13,8%), enfermeiros (6,2%), médicos (3,1%), técnicos em saúde bucal (3,1%) e dentistas (1,5%).

Os profissionais que participaram do estudo declararam em sua maioria (75,4%) já terem recebido algum tipo de treinamento antes da capacitação.

5.3 Instrumentos:

Para a realização deste estudo foram utilizados dois instrumentos. A aplicação dos mesmos ocorreu antes da sensibilização em cada município, para que fosse possível avaliar as crenças dos profissionais antes da capacitação. Para isso, foram disponibilizadas 4 horas, sendo duas horas para a aplicação dos questionários e 2 horas para a reunião de sensibilização propriamente dita. Antes da aplicação, tendo em vista que muitos profissionais demonstraram dúvidas ou mesmo desconhecimento acerca do projeto, iniciou-se com uma explanação sobre o mesmo e seu objetivo. Em seguida, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam as instruções relativas ao preenchimento. Foram utilizados os questionários que se seguem:

5.3.1 Questionário sobre práticas de prevenção à violência doméstica

O questionário é composto por uma primeira parte, que avalia as práticas de prevenção à violência doméstica e, uma segunda parte, que avalia as crenças dos profissionais em relação à violência doméstica. Este instrumento foi utilizado em pesquisas anteriores relacionadas a crenças dos profissionais da atenção primária em relação à prevenção ao uso de substâncias psicoativas (Ronzani et. al, 2008; Ronzani et. al, 2009) e realizou-se uma adaptação livre do mesmo para a violência doméstica.

A escala original, da qual foi feita a adaptação, contém 123 itens contendo perguntas sobre as crenças, práticas e auto-eficácia em relação ao uso de álcool, desenvolvida por Babor et al. (2004), baseada em conteúdo da literatura de serviços de saúde, incluindo Projeto NEADA (Church & Babor, 1995) e do estudo da Organização Mundial de Saúde de Médicos de Clínica Geral (Gomel, Wutzke, Hardcastle, Lapsley, Reznik,

1998). Para a medida de confiança utilizou-se dez itens traduzidos a partir de um questionário desenvolvido por Babor et al. (2004), sendo os participantes orientados a informar quanto de confiança tinham em sua capacidade para executar cada uma das atividades. As opções de resposta consistiam em "nenhuma confiança", "muito pouca confiança", "moderado grau de confiança" e "bastante confiança". Confiabilidade da consistência interna (alpha de Cronbach) foi 0,88 para esses itens. As demais medidas foram baseadas em ratings na escala Likert de uma série de afirmações de crenças, cada uma com cinco opções de resposta variando de concordo totalmente a discordo totalmente (Ronzani et al., 2008).

No presente estudo foram analisadas as questões da segunda parte do questionário adaptado para violência doméstica, composta por 36 questões sobre atitudes e crenças dos profissionais em relação aos problemas relacionados à violência doméstica pelos seus pacientes, com respostas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos e Likert de 4 pontos. São apresentadas afirmações sobre como lidar com vítimas de violência doméstica, o papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados à violência doméstica, interesse profissional sobre o padrão da violência doméstica e os riscos de saúde relacionados a essa violência ou sobre o aconselhamento para diminuir ou pará-la e o grau de confiança que o profissional tem na sua habilidade em desempenhar determinadas atividades. O participante é orientado a ler cada uma delas, assinalando numa escala de 1 a 5 (onde 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 corresponde a “concordo totalmente”) ou 1 a 4 (onde 1 corresponde a “sem confiança” e 4 corresponde a “bastante confiança”) aquela que melhor descreva como ele se sente.

5.3.2 Questionário Sócio Demográfico

Questionário sócio demográfico composto por 25 questões, com o objetivo de caracterização da amostra. Destas, foram analisadas as questões: de gênero, estado civil, composição familiar, escolaridade, profissão, local de trabalho e participação prévia em algum tipo de treinamento.

5.4 Análise dos dados:

Os questionários foram digitados no software Statistical Package For Social Science (SPSS v15) para organização das variáveis e construção de um banco de dados. Possíveis erros de digitação e inconsistência dos dados foram conferidos e corrigidos. Posteriormente iniciaram-se as análises estatísticas descritivas através do cálculo da frequência absoluta (f) e frequência relativa (%) para as variáveis categóricas.

Em seguida, partiu-se para as análises inferências a fim de testar as hipóteses que afirmavam que algumas crenças e atitudes dos profissionais de APS sofreriam mudanças após a capacitação proposta. Para tanto, comparou-se as respostas de cada item do questionário sobre crenças e atitudes relativas à violência doméstica, aplicados antes e após a capacitação. Os itens que eram avaliados a partir de escalas do tipo Likert de 5 pontos com respostas variando de Discordo Totalmente à Concordo Totalmente, foram recategorizados em três pontos (Discordância, Neutro e Concordância). Os itens que eram avaliados por escalas do tipo Likert de 4 pontos, relativos à confiança dos profissionais em sua habilidade para realizar ações de prevenção em violência doméstica, que variavam de nenhuma confiança à muita

confiança, foram recategorizadas em dois pontos (“Nenhuma/Muito Pouca Confiança” e “Pouca/ Muita Confiança”).

Assim, pretendeu-se observar se existia a mudança de algum tipo de concordância para discordância, pois dessa forma os resultados possuem maior relevância prática para direcionar uma futura capacitação. Mudanças tênues entre os níveis de discordância - do tipo discordo totalmente, para discordo parcialmente - seriam insuficientes para avaliar sobre a mudança efetiva de uma crença.

Para a comparação das frequências das respostas de antes e depois da capacitação, dentre este último grupo (Likert 4 pontos), utilizou-se tabelas do tipo 2x2, empregando o teste McNemar com cálculo do valor exato de p para avaliação da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as proporções observadas considerando este delineamento de medidas repetidas. No primeiro grupo (Likert 5 pontos) utilizou-se tabelas do tipo 3x3, empregando o teste de McNemar-Bowker para avaliação da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as proporções observadas para as tabelas maiores que 2x2. Adotou-se o valor de $p < 0,05$ para identificação de diferença estatisticamente significativa entre as proporções.

O teste de McNemar é utilizado para avaliar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre duas proporções não-independentes em uma tabela 2x2, já que o teste do Qui-Quadrado Pearson pressupõe que as proporções avaliadas sejam independentes. Para casos semelhantes que constituam tabelas do tipo 3x3 utiliza-se uma solução semelhante denominada de teste de McNemar-Bowker. Dessa forma, o teste referido é apropriado para o delineamento do presente estudo já que avaliação das crenças é feita com os mesmo sujeitos, antes e depois do treinamento, caracterizando a não-independência das observações (Russo, 2003).

6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados seguindo o mesmo critério de distribuição das questões do questionário aplicado. Dessa forma, foram divididos em quatro temas avaliados em relação às crenças e atitudes dos profissionais da atenção primária: como os profissionais lidam com vítimas de VD; o papel do profissional em detectar pacientes com problemas relacionados à VD; interesse profissional em relação ao padrão de VD, os riscos de saúde relacionados e o aconselhamento para diminuir ou pará-la e confiança em sua habilidade.

6.1 Como lidar com vítimas de violência doméstica

Em relação a como lidar com vítimas de violência doméstica (Tabela 1), 9 profissionais (13,8%) afirmaram conhecer o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao problema antes da capacitação, sendo que após a mesma 18 profissionais (27,7%) passaram a concordar com essa afirmação ($\chi^2=9,46$; $p=0,02$).

Quando questionados sobre aconselhamento, antes da capacitação 15 profissionais (24,6%) disseram que podiam aconselhar apropriadamente seus pacientes sobre a violência doméstica e seus efeitos e após a capacitação 27 profissionais (43,1%) dos passaram a concordar com essa afirmação ($\chi^2=12,69$; $p=0,01$).

Antes da capacitação 15 profissionais (24,6%) concordaram com a afirmação de que não tinham muito a oferecer aos pacientes vítimas de violência doméstica e após a capacitação 9 profissionais (13,8%) dos concordaram com essa afirmação. Destaca-se que os profissionais não passaram a discordar, mas passaram a ocupar um posicionamento neutro ($\chi^2=8,64$; $p=0,04$).

Não houve mudança de crenças em relação às seguintes afirmativas: perguntar sobre suas relações familiares fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados à VD; demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde com vítimas de violência doméstica e os riscos relacionados para sua saúde resultará na redução do problema; apenas falar aos pacientes sobre a violência doméstica e suas conseqüências levará a uma diminuição dos casos; está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com vítimas de violência doméstica; minha formação educacional sobre os problemas relacionados à violência doméstica é adequada; vítimas de violência doméstica podem aprender a diminuir esse problema e ter o controle da situação novamente.

Tabela 1 - Como lidar com vítimas de violência doméstica

A) Perguntar sobre suas relações familiares fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados à VD (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	04 (6,3%)	06 (9,4%)	$\chi^2=0,60$; p=0,90
Neutro	18 (28,1%)	18 (28,1%)	
Concordam	42 (65,6%)	40 (62,5%)	
B) Demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde com vítimas de violência doméstica e os riscos relacionados para sua saúde resultará na redução do problema (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	10 (15,4%)	15 (23,1%)	$\chi^2=3,77$; p=0,29
Neutro	20 (30,8%)	20 (30,8%)	
Concordam	35 (53,8%)	30 (46,1%)	
C) Apenas falar aos pacientes sobre a violência doméstica e suas conseqüências levará a uma diminuição dos casos (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	24 (37,5%)	25 (39,1%)	$\chi^2=1,40$; p=0,71
Neutro	24 (37,5%)	27 (42,1%)	
Concordam	16 (25,0%)	12 (18,8%)	
D) Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com vítimas de violência doméstica (N=61)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	29 (47,5%)	28 (45,9%)	$\chi^2=2,09$; p=0,55
Neutro	23 (37,7%)	24 (39,3%)	
Concordam	09 (14,8%)	09 (14,8%)	
E) Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados à violência doméstica para desempenhar meu papel ao lidar com as vítimas (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	37 (57,0%)	24 (36,9%)	$\chi^2=9,46$; p=0,02
Neutro	19 (29,2%)	23 (35,4%)	
Concordam	09 (13,8%)	18 (27,7%)	
F) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre a violência doméstica e seus efeitos (N=63)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	24 (37,7%)	13 (20,0%)	$\chi^2=12,69$; p=0,01
Neutro	24 (37,7%)	23 (36,9%)	
Concordam	15 (24,6%)	27 (43,1%)	
G) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes vítimas de violência doméstica (N=62)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	27 (43,1%)	20 (32,3%)	$\chi^2=8,64$; p=0,04
Neutro	20 (32,3%)	33 (53,9%)	
Concordam	15 (24,6%)	09 (13,8%)	
H) Minha formação educacional sobre os problemas relacionados à violência doméstica é adequado (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	25 (38,4%)	23 (35,4%)	$\chi^2=0,75$; p=0,86
Neutro	23 (35,4%)	23 (35,4%)	
Concordam	17 (26,2%)	19 (29,2%)	
I) Vítimas de violência doméstica podem aprender a diminuir esse problema e ter o controle da situação novamente (N=63)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	06 (9,5%)	03 (4,8%)	$\chi^2=1,61$; p=0,66
Neutro	11 (17,5%)	12 (19,0%)	
Concordam	46 (73,0%)	48 (76,2%)	

6.2 Papel do Profissional

Em relação ao papel do profissional (Tabela 2), 11 respondentes (17,2%) concordavam em relação a já estarem muito ocupados com outros problemas de saúde e, após a capacitação, 13 respondentes (20,3%) passaram a concordar com esta afirmação. Apesar disso, após a capacitação o número de profissionais que discordavam diminuiu – de 46 profissionais (71,9%) para 30 (46,9%). Este dado indica que os profissionais passaram a se posicionar de forma neutra - antes da capacitação 7 profissionais (10,9%) não concordavam, nem discordavam, ao passo que após a capacitação este número passou para 21 (32,8%) ($\chi^2=13,95$; $p=0,003$).

Não foram observadas mudanças em relação ao profissional saber o que perguntar para obter informações para identificação da vítima, sobre a crença de que os pacientes ficarão irritados caso o profissional pergunte sobre sua intimidade familiar, sobre ter tempo suficiente durante a consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre suas relações familiares e problemas relacionados, de que existe um risco de consequências legais caso seja constatada a violência, a sentirem-se desconfortáveis perguntando sobre VD, em relação a não saber identificar vítimas de VD que não apresentam sintomas claros e à crença de que os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o padrão de violência doméstica.

Tabela 2- Papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados à violência doméstica

A) Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre quem é vítima de agressões (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	21 (32,8%)	23 (35,9%)	$\chi^2=3,58$; p=0,31
Neutro	25 (39,1%)	24 (37,5%)	
Concordam	18 (28,1%)	17 (26,6%)	
B) Os pacientes ficarão irritados se o profissional da atenção primária perguntar sobre sua intimidade familiar (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	13 (20,0%)	15 (23,1%)	$\chi^2=1,09$; p=0,78
Neutro	24 (36,9%)	19 (29,2%)	
Concordam	28 (43,1%)	31 (47,7%)	
C) Não existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre suas relações familiares e problemas relacionados à VD (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	38 (60,0%)	27 (43,0%)	$\chi^2=8,27$; p=0,41
Neutro	08 (12,3%)	20 (30,8%)	
Concordam	18 (27,7%)	17 (26,2%)	
D) Poderia existir um risco de conseqüências legais se for constatada a violência (N=62)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	04 (6,2%)	06 (9,2%)	$\chi^2=0,74$; p=0,86
Neutro	11 (18,5%)	12 (20,0%)	
Concordam	47 (75,3%)	44 (70,8%)	
E) Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	17 (26,2%)	16 (24,6%)	$\chi^2=5,61$; p=0,13
Neutro	12 (18,5%)	20 (30,8%)	
Concordam	36 (55,3%)	29 (44,6%)	
F) Eu não sei como identificar vítimas de violência doméstica que não apresentem sintomas claros de violência (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	22 (34,4%)	16 (25,0%)	$\chi^2=1,89$; p=0,60
Neutro	14 (21,9%)	20 (31,3%)	
Concordam	28 (43,7%)	28 (43,7%)	
G) Os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o padrão de violência doméstica (N=63)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	20 (31,7%)	22 (34,9%)	$\chi^2=5,78$; p=0,12
Neutro	23 (36,6%)	30 (47,6%)	
Concordam	20 (31,7%)	11 (17,5%)	
H) Os profissionais da atenção primária já estão muito ocupados com os problemas de saúde (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	46 (71,9%)	30 (46,9%)	$\chi^2=13,95$; p=0,003
Neutro	07 (10,9%)	21 (32,8%)	
Concordam	11 (17,2%)	13 (20,3%)	

6.3 Interesse

Em relação ao interesse do profissional quanto ao padrão de VD, riscos de saúde relacionados e aconselhamento (Tabela 3), no que diz respeito a não saber abordar efetivamente os pacientes para reduzir a violência doméstica, 31 profissionais (47,7%) concordavam com a afirmação e, após a capacitação, este número passou para 20 profissionais (30,8%). Houve um aumento daqueles que passaram discordar da afirmação, bem como dos que se posicionaram de forma neutra ($\chi^2=8,37$; $p=0,04$).

Antes da capacitação 15 profissionais (24,2%) concordavam com a afirmação de que não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre a violência doméstica e após a capacitação 13 profissionais (21,0%) concordaram com tal afirmação. Em contrapartida, houve decréscimo do número de profissionais que discordavam da afirmação após a capacitação – de 40 (64,5%) para 32 (51,6%). Ressalta-se, portanto, a mudança ocorrida em relação a uma posição neutra que foi de 7 profissionais (11,3%) para 17 (27,4%), após a capacitação ($\chi^2=7,68$; $p=0,05$).

Não foram observadas mudanças em relação às seguintes afirmativas: eu acho que vítimas de violência doméstica não podem ser ajudadas antes de sofrerem agressões claras; em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução da violência doméstica; os pacientes ficarão irritados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre violência doméstica; Em geral, é gratificante trabalhar com vítimas de violência doméstica; Em geral, é gratificante trabalhar com vítimas de violência doméstica; Não há benefícios profissionais por oferecer esses conselhos; Eu acho que posso aconselhar adequadamente os pacientes a lidar com a violência doméstica; Existem problemas de saúde mais importantes do que violência doméstica

Tabela 3- Interesse profissional sobre o padrão da violência doméstica, os riscos de saúde relacionados e o aconselhamento para diminuir ou pará-la

A) Eu acho que vítimas de violência doméstica não podem ser ajudadas antes de sofrerem agressões claras (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	61 (93,9%)	54 (83,1%)	$\chi^2=4,83$; p=0,09
Neutro	03 (4,6%)	09 (13,8%)	
Concordam	01 (1,5%)	02 (3,1%)	
B) Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução da violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	41 (63,1%)	43 (66,2%)	$\chi^2=0,25$; p=0,97
Neutro	19 (29,2%)	17 (26,2%)	
Concordam	5 (7,7%)	5 (7,6%)	
C) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir a violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	15 (23,1%)	21 (32,3%)	$\chi^2=8,37$; p=0,04
Neutro	19 (29,2%)	24 (36,9%)	
Concordam	31 (47,7%)	20 (30,8%)	
D) Os pacientes ficarão irritados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre violência doméstica (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	16 (25,0%)	13 (20,3%)	$\chi^2=1,73$; p=0,63
Neutro	27 (42,2%)	33 (51,6%)	
Concordam	21 (32,8%)	18 (28,1%)	
E) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre a violência doméstica (N=62)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	40 (64,5%)	32 (51,6%)	$\chi^2=7,68$; p=0,05
Neutro	7 (11,3%)	17 (27,4%)	
Concordam	15 (24,2%)	13 (21,0%)	
F) Em geral, é gratificante trabalhar com vítimas de violência doméstica (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	23 (35,9%)	27 (42,2%)	$\chi^2=3,40$; p=0,33
Neutro	29 (45,3%)	28 (43,7%)	
Concordam	12 (18,8%)	9 (14,1%)	
G) Não há benefícios profissionais por oferecer esses conselhos (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	36 (56,2%)	33 (51,6%)	$\chi^2=0,49$; p=0,92
Neutro	19 (29,7%)	21 (32,8%)	
Concordam	9 (14,1%)	10 (15,6%)	
H) Eu acho que posso aconselhar adequadamente os pacientes a lidar com a violência doméstica (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	19 (29,7%)	13 (20,3%)	$\chi^2=4,36$; p=0,23
Neutro	28 (43,7%)	29 (45,3%)	
Concordam	17 (26,6%)	22 (34,4%)	
I) Existem problemas de saúde mais importantes do que violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Discordam	32 (49,2%)	26 (40,0%)	$\chi^2=2,43$; p=0,49
Neutro	25 (38,5%)	28 (43,1%)	
Concordam	8 (12,3%)	11 (16,9%)	

6.4 Confiança

Em relação à confiança que os profissionais de saúde sentem em sua habilidade para lidar com casos de violência doméstica, os resultados não apontam mudanças significativas quando comparamos os dados coletados antes e depois da capacitação.

Assim, é possível destacar alguns dados que não dizem respeito ao impacto da capacitação, mas como os profissionais se posicionaram em relação a este item. Tendo como referência as respostas coletadas após a capacitação, quando questionados a respeito de fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas ao entrevistar um paciente sobre casos de violência doméstica 35 (54,7%) profissionais disseram ter nenhuma ou muito pouca confiança, enquanto 29 (45,3%), responderam ter pouca ou muita confiança, sendo esta ação aquela em que os profissionais demonstraram ter menos confiança para realizar, seguida de fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados à VD, item no qual 29 (44,6%) participantes responderam ter nenhuma ou muito pouca confiança, enquanto 36 (55,4%) participantes responderam ter pouca ou muita confiança. Fazer perguntas usando um questionário de detecção de violência doméstica foi o item no qual os respondentes apontaram ter maior confiança para executar – 16 (24,6%) participantes responderam ter nenhuma ou muito pouca confiança e 49 (75,4%) afirmaram ter pouca ou muita confiança. Em seguida, apontaram que expor suas preocupações profissionais sobre a violência doméstica e os riscos à saúde do paciente, no qual 48 profissionais (75%) responderam ter pouca ou muita confiança e 16 profissionais (25%) afirmaram ter nenhuma ou muito pouca confiança.

Tabela 4 - Confiança que tem na sua habilidade

A) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados à violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	27 (41,5%)	29 (44,6%)	p=0,83
Pouca ou Muita Confiança	38 (58,5%)	36 (55,4%)	
B) Avaliar a história familiar de problemas com violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	23 (35,4%)	28 (43,1%)	p=0,36
Pouca ou Muita Confiança	42 (64,6%)	37 (56,9%)	
C) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de violência doméstica (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	22 (34,4%)	25 (39,1%)	p=0,68
Pouca ou Muita Confiança	42 (65,6%)	39 (60,9%)	
D) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	25 (38,5%)	16 (24,6%)	p=0,12
Pouca ou Muita Confiança	40 (61,5%)	49 (75,4%)	
E) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre casos de violência doméstica (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	32 (50%)	35 (54,7%)	p=0,68
Pouca ou Muita Confiança	32 (50%)	29 (45,3%)	
F) Expor suas preocupações profissionais sobre a violência doméstica e os riscos à saúde do paciente (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	16 (25,0%)	16 (25,0%)	p=1,00
Pouca ou Muita Confiança	48 (75,0%)	48 (75,0%)	
G) Elaborar junto à vítima o plano de segurança (N=63)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	28 (44,4%)	28 (44,4%)	p=1,00
Pouca ou Muita Confiança	35 (55,6%)	35 (55,6%)	
H) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los (N=62)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	10 (16,1%)	15 (24,2%)	p=0,30
Pouca ou Muita Confiança	52 (83,9)	47 (75,8%)	
I) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento (N=64)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	19 (29,7%)	19 (29,7%)	p=1,00
Pouca ou Muita Confiança	45 (70,3%)	45 (70,3%)	
J) Perguntar no acompanhamento do paciente sobre a ocorrência de violência doméstica (N=65)			
Respostas	ANTES	DEPOIS	Teste McNemar-Bowker
Nenhuma ou Muito Pouca	18 (27,7%)	27 (41,5%)	p=1,00
Pouca ou Muita Confiança	47 (72,3%)	38 (58,5%)	

*valor de significância exata de p

7 Discussão

Os resultados apontaram que, no que diz respeito a lidar com vítimas de VD, os profissionais afirmaram ter mais conhecimento sobre as causas e sobre o aconselhamento às vítimas, com a participação na capacitação. Ao passo que diminuiu o número de profissionais que acreditavam não terem muito a oferecer aos pacientes em situação de violência doméstica. Nesse sentido, o conteúdo e a forma de apresentação da capacitação parecem ter sensibilizado os profissionais sobre aspectos teóricos relevantes, bem como a importância da sua contribuição no atendimento a pacientes envolvidos neste tipo de situação.

Não foram observadas mudanças significativas em relação às crenças de que perguntas sobre relações familiares podem fornecer muitas informações sobre riscos de problemas relacionados à VD, demonstrar preocupações como profissional da saúde com vítimas de VD e os riscos relacionados para sua saúde possam resultar na redução do problema, apenas falar aos pacientes sobre VD e suas conseqüências levará a uma diminuição dos casos, ter grandes expectativas quando lidamos com vítimas de VD está fora da realidade, a formação educacional do profissional sobre os problemas relacionados à VD é adequada e em relação à crença de que vítimas de VD podem aprender a diminuir esse problema e ter o controle da situação novamente.

Estes dados convergem com estudos que indicam que vários profissionais acreditam que não há nada a ser feito, atribuindo à falta de credibilidade que têm em outros setores. Essa crença contribui para a falta de comprometimento em relação à detecção e encaminhamento, bem como o trabalho em rede. Além disso, tais estudos apontam barreiras pessoais dos profissionais como fator que desfavorece a implementação de ações adequadas de enfrentamento da violência doméstica nos serviços de saúde. Entre elas, destacam-se o sentimento de impotência frente à situação,

bem como receio da reação do agressor diante de alguma intervenção (Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano & Kageyama-Escobar, 2005; Kiss, 2004; De Ferrante, 2009). Corrobora também com os achados, estudo sobre crenças dos profissionais de saúde realizado em município da mesma região da presente pesquisa. Neste foi apontado que em relação às providências tomadas diante da suspeita ou confirmação do ato violento, os agentes comunitários de saúde admitiram não tomar nenhuma providência nos casos de violência doméstica, apresentando como principais entraves a falta de apoio e acompanhamento dos órgãos jurídicos e o medo de fazer a denúncia, justificado por possível comprometimento na comunidade onde vivem e trabalham (Lourenço et al., 2010).

Segundo Moura e Reichenheim (2005), a violência doméstica não é identificada nas abordagens rotineiras dos serviços de saúde, por estas serem baseadas em práticas curativas que se fundamentam na observação de sinais e sintomas. Dessa forma, a violência que se manifesta de forma mais clara, em casos mais agressivos, pode mais facilmente ser detectada pelo profissional, o que não ocorre em casos menos evidentes e que podem vir a se tornar mais graves no futuro. Os treinamentos e capacitações que visem desenvolver a habilidade do profissional para realizar ações de prevenção à violência doméstica devem, portanto, enfatizar a importância do mesmo se interessar em abordar questões que apontem sinais da existência de possíveis relações violentas, independente da observação de agressões claras. Daí, a possibilidade de se intervir antes que estas ocorram.

No presente estudo, dos 65 profissionais, 46 se posicionaram de forma neutra ou discordaram da afirmativa de que sua formação era adequada para lidar com problemas relacionados à violência doméstica. Pesquisa sobre práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual

aponta à necessidade de se discutir a violência doméstica na rotina dos serviços, capacitando os profissionais e realizando um trabalho conjunto com outras instituições e setores envolvidos (Oliveira, 2005), o que também aponta estudo realizado com profissionais de saúde, em relação a suas crenças sobre violência contra crianças e adolescentes (Gebara & Lourenço, 2008). Neste, a maior parte dos profissionais afirmou nunca ter recebido nenhum tipo de capacitação, deixando clara a inexistência de uma política de treinamento científico para a violência doméstica no local pesquisado.

Algumas razões são apontadas pela literatura para a baixa identificação de casos de violência intrafamiliar ou doméstica, entre elas a formação e atuação do profissional de saúde, que deve estar sensibilizado ao problema, tendo em vista que muitos casos não se apresentam de forma clara. Além disso, a percepção de que o tempo é insuficiente para o atendimento, somada à crença de que não existem recursos disponíveis para oferecer às vítimas, receio em abordar o assunto, acreditar que isso não faz parte de sua função, o sentimento de impotência frente às situações (Moura & Reichenheim, 2005). Em experiência anterior ao presente estudo, com metodologia semelhante, os profissionais da atenção primária à saúde participaram de uma capacitação sobre a prática de triagem associada às intervenções breves para prevenção do uso abusivo de álcool. Uma avaliação de seguimento ocorreu seis meses após esta capacitação e apontou que a concepção dos profissionais de saúde de que os prejuízos causados pelo uso indevido de álcool são de auto-responsabilidade do paciente e esta crença constituiu-se um obstáculo para a efetividade da implementação de práticas de prevenção ao uso da substância (Ronzani et al., 2009).

Quanto ao interesse do profissional, os resultados indicaram que a capacitação pode ter contribuído de alguma forma para que o profissional se sinta apto a abordar os pacientes em relação à violência doméstica, tendo em vista o decréscimo de

profissionais que concordavam com a afirmação de que não sabem abordar os pacientes quanto à questão. Por outro lado, pode esclarecer melhor a respeito de como vítimas podem ser auxiliadas antes de apresentarem de forma clara que estão sofrendo agressões.

Os resultados indicaram que os profissionais, após a capacitação, tanto profissionais que concordavam, como aqueles que discordavam passaram a se posicionar de forma neutra em relação à afirmativa de que não há tempo suficiente para aconselhar pacientes sobre violência doméstica. Destacamos a necessidade de maior esclarecimento de que o aconselhamento pode ser realizado de forma efetiva e breve e que esta ação pode favorecer uma melhora da saúde global do paciente, favorecendo uma atuação preventiva e de promoção de saúde. Apesar da mudança descrita, esta não foi uma crença presente para a maior parte dos profissionais. Este dado vai de encontro com resultados de outros estudos, que apontam a idéia de que não existe tempo suficiente para tratar da questão nos atendimentos (Moura & Reichenheim, 2005, Moreira et al., 2008).

Em relação à confiança que os profissionais de saúde sentem em sua habilidade para lidar com casos de violência doméstica, os resultados não apontam mudanças significativas quando comparamos os dados coletados antes e depois da capacitação. Ressalta-se que a proposta do projeto de disseminação de práticas de prevenção, no qual se insere este estudo, era de introduzir a temática da violência doméstica, com intuito de sensibilizar o profissional de saúde de que a temática está intimamente relacionada à sua prática e sua atuação pode favorecer significativamente a prevenção, tanto no que tange ao agravamento de casos já existentes, quanto ao aparecimento de novos casos.

Tendo isso em vista, esta não foi suficiente para desenvolver o sentimento de confiança nos profissionais, o que, talvez, demandasse um maior aprofundamento do

conteúdo apresentado, bem como uma atuação de mobilização da rede dos municípios que integraram o projeto. A complexidade do fenômeno exige o envolvimento de outros setores para o desenvolvimento de soluções integradas (Malta e col., 2007; Andrade & Fonseca, 2008). Apesar de não ter sido constatada a mudança mediante a realização da capacitação, alguns dados são relevantes para nortear projetos futuros com desenhos semelhantes. Dos 65 profissionais, 49 (75,4%) responderam sentirem-se confiantes para fazer perguntas utilizando um questionário de detecção de violência doméstica, sendo esta ação a indicada como a aquela que se sentem mais seguros para realizar. Em contrapartida, fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre casos de violência doméstica foi a ação apontada entre todos os outros itens, como aquela que menos sentem confiança para realizar, reforçando a necessidade de um roteiro estruturado capaz de orientar o profissional na identificação de casos de violência doméstica.

Tratando-se de um projeto de disseminação de práticas de prevenção à violência doméstica na Atenção Primária à Saúde, a utilização de um questionário foi priorizada no desenvolvimento da proposta em outros municípios. Diante disso, verificou-se a necessidade da realização de estudos que visem o aprimoramento de instrumentos que possam ser utilizados neste contexto. Sendo assim, o Pólo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, em parceria com o PPG *Stricto Sensu* em Psicologia, com ênfase em Avaliação Psicológica da Universidade São Francisco de Itatiba-SP iniciou uma pesquisa que objetiva construir, validar e normatizar uma escala de percepção da violência praticada entre parceiros íntimos- EVIPI e, dessa forma, fornecer um instrumento capaz de rastrear a violência entre parceiros íntimos a partir das características da cultura nacional.

O presente estudo também apontou que os profissionais da atenção primária à saúde sentem segurança para fornecer material educacional aos pacientes, com intuito de ajudá-los. A partir daí percebeu-se a necessidade de elaborar um material didático para repassar aos profissionais durante a capacitação. Foram elaborados um cartaz e um folder, que podem ser fixados e distribuídos nos serviços de saúde (Lourenço et al., 2010; Lourenço et al., 2011). Esta ação, em conformidade com o dado mencionado, também vai ao encontro de recomendação feita no Manual de Recursos e estratégias de combate à violência doméstica das Nações Unidas (2003), onde ressalta que somente com informação precisa será possível promover formação adequada para dar seguimento ao desenvolvimento de propostas efetivas de combate à violência.

O conhecimento e a credibilidade, por parte do profissional de saúde, na rede de enfrentamento à violência doméstica, podem contribuir significativamente para que o mesmo se interesse e se sinta confiante em realizar ações nesse sentido. Destaca-se a fragilidade da rede dos municípios em que este estudo foi realizado, o que pode refletir na confiança que o profissional sente para realizar ações preventivas propostas na capacitação realizada, bem como detectar casos de forma rotineira nos atendimentos.

Os resultados de um estudo apontam as limitações dos profissionais para identificar possíveis casos de violência (Moreira et.al, 2008). Neste, todos os profissionais entrevistados apresentaram dificuldades no que se refere à identificação, atendimento e encaminhamento das mulheres em situação de violência para os serviços especializados, o que reforça a idéia por parte dos profissionais de que estes não estão capacitados o suficiente para lidar com este problema.

Aponta-se como limitação deste estudo o tamanho da amostra, sendo relevante enquanto uma experiência piloto, que inseriu a temática da violência doméstica em projeto de disseminação de práticas de prevenção ao uso de substâncias psicoativas. São

necessárias pesquisas futuras que permitam uma maior extrapolação dos resultados, bem como a investigação de crenças dos profissionais da atenção primária à saúde em relação à violência doméstica, visando analisar a associação entre a modificação de tais crenças e mudanças em termos de realização de intervenções preventivas por parte dos profissionais em questão. Sugere-se também, a partir dos resultados observados, a avaliação do impacto dos desdobramentos mencionados, de elaboração e distribuição de material didático e de uma intervenção mais voltada para instrumentalizar os profissionais no rastreamento de violência doméstica.

REFERÊNCIAS

- Alexandra, C. & Figueiredo, B. (2006). Versão Portuguesa das Escalas de Táticas de Conflitos Revisadas – estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*. 8(2), 14-39.
- Andrade, C. J. M. & Fonseca, R. M. G. S. (2008). Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm*. 42(3), 591-5.
- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2002). *Psicologia Social*. (3ª ed). Rio de Janeiro, RJ: L.C.T.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Higgins, P., Gassman, R. & Gould, B. (2004). Training medical providers to conduct alcohol screening and brief intervention. *Substance Abuse*. 25(1), 17–26.
- Barsted, L. L. & Hermann, J. (eds). (1999). *Instrumentos Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro, CEPIA.
- Bem, D.J. Self-perception theory. (1972). Em, L.: Berkowitz, (org). *Advances in Experimental Social Psychology*. (Vol.6, p.1-62). New York: Academic Press.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bhona, F. C., Lourenço, L.M, Brum, C. R. S. Violência Doméstica: um estudo bibliométrico. (2011). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 63(1), 87-100.
- Brasil. Lei Federal n. 2.848. (1940). Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102343>
Acesso em 25 de maio de 2010.
- Brasil. Lei Federal n. 11.340. (2006). Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
Acesso em 10 de março de 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria. Secretaria de Assistência à Saúde. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia de reorientação do modelo assistencial*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002a). *Política nacional de morbimortalidade por acidentes e violências*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002b). *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (2002c). *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Cadernos de Atenção Básica Nº8. Série A - Normas e Manuais Técnicos; nº131. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da saúde. (2005). *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e Violências*. (2ª ed.). Brasília: Editora do Ministério da saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília : Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm#mort>. Acesso em: 07/08/2011.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Cavalcanti, L. F., Gomes, R. & Minayo, M.C.S. (2006). 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*. 22(1), 31-39.
- Cavazza, N. (2008). *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Edições Loyola.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S.A. & Baptista, M.N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.
- Church, O. M. & Babor, T. F. (1995). Barriers and breakthroughs: Substance abuse curricula in nursing education. *Journal of Nursing Education*. 34(6), 278–281.
- Concha-Eastman, A. & Malo, M. (2006). Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 1179-1188.
- Concha-Eastman A., Espinosa R., Pineda M.E., Melo L.M.; Becerra M.L., Martínez L.M. & Machado, A. (2007). Health sector assistance approach for victims of violence in a developing country. Apresentado no *10th International Symposium on Victimology*, Montreal; 2000.
- De Ferrante, F. G., Santos, M. A. & Vieira, E. M. (2009) Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 13(31), 287-99.
- Deslandes, S.F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas? *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 81-94.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H, Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO

multi-country study on women's health and domestic and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 371(9619), 1165-72.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 14, 245-258.

Franco, L. R., López-Cepero, J. & Díaz, F. J. R. (2009). Violência doméstica: uma revisão bibliográfica e bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248-254.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, CH. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 368 (9543),1260-9.

Gebara, C. F. P. & Lourenço, L. M. (2008). Crenças dos Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. *Psicologia em Pesquisa*, 2(01), 27-39.

Gebara, C. F. P., Cezario, A. C. F., Ronzani T.M. & Lourenço, L. M. (2010). Violência Doméstica Praticada Contra Crianças e Adolescentes Segundo Crenças de Profissionais da Saúde. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.

Golding, J.M. (1996). Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*. 19, 33-44.

Gomes, N.P. (2002). *Violência Conjugal: análise a partir da construção da identidade masculina*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Gregory, A., Ramsay, R., Agnew-Davies, R., Baird, K., Devine, A., Dunne, D., Eldridge, S., Howell, A., Johnson, M., Rutterford, C., Sharp, D. & Feder, G. (2010). Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 10:54. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/54>. Acesso em: 10/11/2010.

Hasselmann, M.H., Reichenheim, M.E. (2003). Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad. Saúde Pública* .19(4), 1083-1093.

Heise, L. (1994). Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saúde Pública*. 10 (1),135-45.

- Kiss, Lígia B. (2004). *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Kronbauer, J. F. D. & Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 39(5), 695-701.
- Krüger, H. R. (1995). *Psicologia das Crenças: Perspectivas Teóricas*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Krüger, H. R. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: Lima MEO, Pereira, ME (orgs.). *Estereótipos, preconceitos e discriminação: Perspectivas Teóricas e Metodológica*. (pp.7-25). Salvador: EDUFBA.
- Lourenço, L.M.; Ronzani, T.M.; Brum, C.R.S. ; Almeida, A.A.; Cezario, A.C.F.; Basílio, Caroline; [Senra, L.X.](#) A Educação para o trabalho em saúde: contribuições de um projeto para intervenção em violência doméstica. In: VI Congresso Internacional de Psicología y Educación, 2011, Valladolid-Espanha. Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural. Madrid-Espanha : Asociación de Psicología y Educación, 2011. v.1. p. 5159-5168.
- Lourenço, L. M. (1993). Crenças e credices sexuais. In: XI World Congress of sexology, 1993, Rio de Janeiro. Livro de resumos do XI Congresso Mundial de Sexologia. Rio de Janeiro RJ/BR: Editora Brasil America (EBAL). 1, (p.01).
- Lourenço, L. M., Ronzani, T. M.; Fernandes, A. G. B.; Gebara, C.F.P., Cruvinel, E., Silva, G. R. & Oliveira, S. A. (2006). Estudo do perfil da violência doméstica contra crianças e adolescentes em Juiz de Fora, MG. *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. ABRASCO, p. 9277.
- Lourenço, L. M., Brum, C. R. S., Cruvinel, E., [Gebara, C. F. P.](#), Almeida, A. A., Cezario, A. C. F., Basílio, C, [Senra, L.X.](#) *Violência Doméstica: O que é. O que fazer. Como prevenir*. 2010. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Folder).
- Malta, D. C. e col. (2007). Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 16(1), 45-55.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Bass, E. B., Derogatis, L. R. (1995). The “Battering Syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 123, 737-46.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 267, 3176-8.

- McFarlane, J., Parker, B. & Soeken, K. (1996). Abuse during pregnancy: association with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res.* 45, 37-42.
- Minayo, M.C.S. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva.* 4(1), 7-32.
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e Saúde*. Editora Fiocruz – Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro/RJ.
- Moraes, C. L., Hasselmann, M. H. & Reichenheim, M. E. (2002). Adaptação transcultural para o português do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” utilizado para identificar violência entre casais. *Cad. Saúde Pública.* 18(1), 163-176.
- Moreira, S. N. T., Galvão, L. L. L. F., Melo, C. O. M. & Azevedo, G. D. (2008). Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública.* 42(6), 1053-9.
- Moura, A. T. M. S., & Reichenheim, M. E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 21(4), 1124-1133.
- Nações Unidas (2003). Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários - Gabinete das Nações Unidas de Viena. *Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recursos / ONU.* 128 p. Trad. Emanuel Fernando Gomes de Barros Matos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. (Título original: Strategies for confronting domestic violence: a resource manual)
- Nappi, T. M., Sillman, J. S., Brockmeyer, D. M., Rand, L., Lee-Parritz, A., Welch, C. Figueroa, M., Nicoletti, A, Tonelli, M., Halpern, L. R., Glassman, R, Chapin, M. D., Bigby, J.A., Gharib, S. D. (2004). *Domestic Violence: A Guide to Screening and Intervention*. Brigham and Women’s Hospital, Boston, Mary Horrigan Connors Center for Women’s Health. Massachusetts.
- Norton, L. B., Peipert, J. F, Zierler, S., Lima, B. & Hume, L. (1995). Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol.* 85, 321-5.
- Oliveira, C.C. (2005). *Práticas dos profissionais de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS.
- Parker, B & McFarlane, J. (1991). Identifying and helping battered pregnant women. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 16, 161-4.

- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L. & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica do instrumento Abuse Assessment Screen. *Rev Saúde Pública*. 34(6), 610-6.
- Reichenheim, M. E., Dias, A. S. & Moraes, C. L. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 40(4), 595-603.
- Rodrigues, A., Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (2003). *Psicologia Social*. (22ªed.). Petropolis, RJ: Vozes.
- Rodrigues, A. (2007). *Psicologia Social para principiantes: Estudo da interação humana*. (11ªed.). Petropolis, RJ: Vozes.
- Rodríguez-Bolaños, R.A., Márquez-Serrano, M. & Kageyama-Escobar, M.L. (2005) Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mexico*. 47(2), 134-44.
- Rockeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores. Teoria de Organização e Mudança*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Ronzani, T. M, Amaral, M. B., Souza-Formigoni, M. L. O., Babor, T. F. (2008). Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 25(6), 529-538.
- Ronzani, T. M. & Ribeiro, M. S. & Amaral, M. B. & Souza-Formigoni, M. L. O. (2005). Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saude Publica*. 21(3), 852-861.
- Ronzani, T. M. & Silva, C. M. (2008). O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciencia e Saude Coletiva*. 13(1), 23-34.
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B. & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Rev Saúde Pública*. 43(1), 51-61.
- Russo. 2003. *Statistics for the Behavioural Sciences: An Introduction*. Psychology Press.
- Saffioti, H.I.B. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. (Coleção Brasil Urgente). São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Santos, C. M. & Izumino, W. P. (2005). Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Revista E. I. A. L. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe da Universidade de Tel Aviv*.

- Schraiber, L.B. & D' Oliveira, A.F.P.L. (1999). Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunic Saude Educ.* 3(5), 11-27.
- Schraiber, L. B., D' Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I. & Pinho, A. A. (2002). A violência contra a mulher: um estudo em uma unidade de atenção primária. *Rev. Saúde Pública.* 36(4), 470-7.
- Schraiber, L. B. & D'Oliveira, A. F. P. L. (2003a). *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica.* (2ª ed). Projeto Gênero, violência e Direitos Humanos - Novas Questões para o Campo da Saúde. São Paulo: Fundação Ford, CREMESP.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Hanada, H, Figueiredo, W., Couto, M., Kiss, L., Durand, J & Pinho, A. (2003b). Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface.* 7(12), 41-54.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Falcão, M. T. C., Figueiredo, W. S. (2005). *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.* São Paulo: Ed. Unesp.
- Schraiber, L. B. & D'Oliveira, A. F. P. (2008). Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital.* 14, 229-236.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França Jr, I., Diniz, S., Portella, A.P., Ludermir, A. B., Valença, O. & Couto, M. T. (2007). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica.* 41(5), 797-807.
- Sinclair, D. (2010). Introdução à Violência Contra a Mulher. In: Williams, L.C.A.; Maia, J.M.D.; Rios, K.S.A. (orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental.* ESETec. 69-83.
- Stelko-Pereira, A. C. & Williams, L.C.A. (2010). Sobre o conceito de violência: distinções necessárias. In: Williams, L.C.A.; Maia, J. M. D.; Rios, K. S. A. *Aspectos Psicológicos da Violência: Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental.* (1ªed.). Santo André, SP: ESETec.
- Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family.* 41(1), 75-88.
- Straus, M. A. & Gelles, J. R. (1995). *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families.* New Brunswick: Transaction Publishers.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues.* 17, 283-316.

UN Millennium Project (2005). Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women. *Task Force on Education and Gender Equality*.

Vieira, E. M., Perdoná, G. S. C., Santos, M. A. (2011). Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 45(4), 730-7.

Williams, L. C. A (2003). Sobre deficiência e violência: Reflexões para uma análise de revisão de área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 9(2), 141-154.

Williams, L. C. A. & Stelko-Pereira, A. C (2010). Sobre o conceito de violência: distinções necessárias. In: Williams, L. C. A.; Maia, J. M. D.; Rios, K. S. A. (orgs). *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental*. ESETec. 41-66.

World Health Organization (WHO). (2010). *Traumatismos y Violencia*. Datos. Geneve.

ANEXO I: QUESTIONÁRIO SOBRE PRÁTICAS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



QUESTIONÁRIO SOBRE PRÁTICAS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

ID:

INSTRUÇÕES

1 - Por favor, leia e responda a cada questão de forma sincera e objetiva.

2 - Para cada questão, assinale com um X apenas uma alternativa.

A) Caracterização de Práticas em Saúde – Parte I

1. Qual porcentagem dos pacientes adultos que você atende você estima que tenha problemas relacionados à violência doméstica?

%

2. Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você pergunta a ele (a) especificamente se ele tem sofrido violência doméstica e quais as consequências associadas com esta violência?

- 1. Todas às vezes
- 2. À maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente ou nunca
- 5. Não faz parte da minha função

3. Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você aconselha os pacientes com histórico de violência doméstica em como lidar com esse tipo de situação?

- 1. Todas às vezes
- 2. À maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente ou nunca
- 5. Não faz parte da minha função

4. Nos últimos 12 meses, dos pacientes adultos que você atendeu, aproximadamente quantos você tratou com problemas relacionados à violência doméstica:

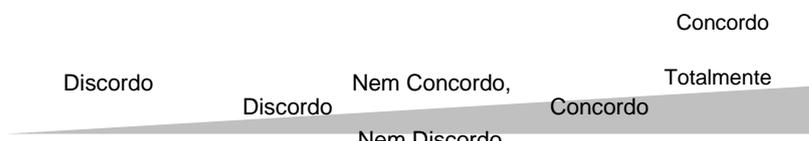
- 1. Nenhum
- 2. (1 – 5) pacientes
- 3. (6 – 11) pacientes
- 4. (12 – 24) pacientes
- 5. (25 – 49) pacientes
- 6. 50 ou mais pacientes
- 7. Não se aplica

5. Em relação às atividades de prevenção à violência doméstica, em qual das proposições abaixo você melhor se encaixa:

- 1. Nem penso em fazer
- 2. Estou pensando em fazer, mas ainda não comecei
- 3. Faço algumas vezes
- 4. Já é parte da minha rotina de trabalho

g) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes vítimas de violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				
h) Minha formação educacional sobre os problemas relacionados à violência doméstica é adequada.	<input type="checkbox"/>				
i) Vítimas de violência doméstica podem aprender a diminuir esse problema e ter o controle da situação novamente.	<input type="checkbox"/>				

2. As afirmativas seguintes referem-se ao papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados à violência doméstica. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa, que varia numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”.



Afirmativas de crenças de comportamentos	1	2	3	4	5
a) Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre quem é vítima de agressões.	<input type="checkbox"/>				
b) Os pacientes ficarão irritados se o profissional da atenção primária perguntar sobre sua intimidade familiar.	<input type="checkbox"/>				
c) Não existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre suas relações familiares e problemas relacionados à violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				
d) Poderia existir um risco de conseqüências legais se for constatada a violência.	<input type="checkbox"/>				
e) Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				

f) Eu não sei como identificar vítimas de violência doméstica que não apresentem sintomas claros de violência.	<input type="checkbox"/>				
g) Os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o padrão de violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				
h) Os profissionais da atenção primária já estão muito ocupados com os outros problemas de saúde.	<input type="checkbox"/>				

3. As afirmativas abaixo referem-se ao seu interesse profissional sobre o padrão da violência doméstica e os riscos de saúde relacionados a essa violência ou sobre o aconselhamento para diminuir ou pará-la. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a que melhor descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa que varia de 1 a 5 onde 1 corresponde a "discordo totalmente" a 5 a "concordo totalmente".

Discordo Discordo Nem Concordo, Concordo Concordo
 Nem Discordo Totalmente

Afirmativas de crenças de comportamentos	1	2	3	4	5
a) Eu acho que vítimas de violência doméstica não podem ser ajudadas antes de sofrerem agressões claras.	<input type="checkbox"/>				
b) Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução da violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				
c) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo.	<input type="checkbox"/>				
d) Os pacientes ficarão irritados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				
e) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre seu consumo de álcool.	<input type="checkbox"/>				
f) Em geral, é gratificante trabalhar com vítimas de violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				

	<input type="checkbox"/>				
g) Não há benefícios profissionais em oferecer esses conselhos.	<input type="checkbox"/>				
h) Eu acho que posso aconselhar adequadamente os pacientes a lidar com a violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				
i) Existem problemas de saúde mais importantes do que a violência doméstica.	<input type="checkbox"/>				

4. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que indique o grau de confiança que você tem na sua habilidade em desempenhar cada uma das seguintes atividades.

Afirmativas sobre atividades	Sem confiança	Muito pouca confiança	Grau moderado de confiança	Bastante confiança
a) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados à violência doméstica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avaliar a história familiar de problemas com violência doméstica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de violência doméstica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de violência doméstica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre casos de violência doméstica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Expor suas preocupações profissionais sobre a violência doméstica e os riscos à saúde do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Elaborar junto à vítima um plano de segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

j) Perguntar, no acompanhamento do paciente, sobre a ocorrência de violência doméstica.

Muito Obrigado!

ANEXO II – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1- Qual é o seu sexo (gênero)?		2- Qual é a sua idade?	
<input type="checkbox"/> 0. Feminino		<input type="text"/> <input type="text"/> anos	
<input type="checkbox"/> 1. Masculino			
3- Qual é o seu estado civil?			
<input type="checkbox"/> 0. Não possuo companheiro(a) /cônjuge			
<input type="checkbox"/> 1. Possui companheiro(a) /cônjuge			
4- Você é praticante de alguma religião?			
<input type="checkbox"/> 0. Não			
<input type="checkbox"/> 1. Sim Qual? <input type="text"/>			
5- Qual é o seu peso atual em quilos?		6- Qual é a sua altura atual em metros?	
<input type="text"/> Kg		<input type="text"/> M	
7- Qual é a escolaridade máxima que você chegou a concluir?			
<input type="checkbox"/> 0. Não tenho escolaridade			
<input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental (1ª até 8 série)			
<input type="checkbox"/> 2. Ensino Médio (1ª até 3º ano)			
<input type="checkbox"/> 3. Ensino Técnico			
<input type="checkbox"/> 4. Curso Superior			
<input type="checkbox"/> 5. Pós-Graduação			
8- Quantas pessoas moram em sua casa, contando com você?		9- Quantos cômodos sua moradia possui? (conte todos os cômodos)	
<input type="text"/> <input type="text"/> número de pessoa(s)		<input type="text"/> <input type="text"/> número de cômodos	

10- Você possui filho (a)s?

0. Não

1. Sim. Quantos? número de filho(a)s

11- Qual é aproximadamente a sua renda familiar no mês? (considerando toda a renda de sua casa em reais)

R\$

C- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – continuação

12- Qual é a sua profissão atualmente?

0. Agente Comunitário de Saúde

1. Assistente Social

2. Auxiliar de Enfermagem

3. Enfermeiro

4. Médico

5. Outra. Qual?

13- Quanto tempo faz que você exerce essa profissão?

anos e

meses

14- Em qual local você trabalha atualmente? (marque mais de uma opção, caso necessário)

0. Saúde da Família (PSF/UBS)

1. Outros Locais. Quais?

15- Há quanto tempo você trabalha na Saúde da Família (PSF/UBS)?

Caso você trabalhe em outro local, passe para a questão número 16 ao lado.

anos e

meses

16- Há quanto tempo você trabalha em seu Emprego Atual?

Caso você trabalhe no PSF, não responda essa questão e passe para a questão número 17 abaixo.

anos e

meses

17- Além do seu trabalho na Saúde da Família (PSF) ou no seu Emprego Atual, você já teve algum outro emprego no passado?

0. Não

1. Sim. Qual?

18- Quantas horas por semana você trabalha na Saúde da Família (PSF)?

Caso você trabalhe em **outro local**, passe para a questão número 19 ao lado.

HORAS POR SEMANA

19- Quantas horas por semana você trabalha no seu Emprego Atual?

Caso você **trabalhe no PSF**, não responda essa questão e passe para a questão número 20 abaixo.

HORAS POR SEMANA

20- Você já recebeu algum treinamento para atuar na Saúde da Família (PSF/UBS) ou no seu Emprego Atual?

0. Não

1. Sim. Qual?

Caso tenha respondido NÃO passe para a questão número 22 na página seguinte.

C- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – continuação

21- Como você avalia o treinamento que recebeu para trabalhar na Saúde da Família (PSF) ou no seu Emprego Atual?

- 0.Muito Inadequado
- 1.Inadequado
- 2.Neutro
- 3.Adequado
- 4.Muito Adequado

22- Como você se considera com relação a sua satisfação no trabalho?

- 0.Muito insatisfeito
- 1.Insatisfeito
- 2.Neutro
- 3.Satisfeito
- 4.Muito Satisfeito

23- Qual é o tipo de vínculo empregatício que você possui no seu trabalho?

- 0.CLT (carteira assinada)
- 1.Concursado estatutário (sem carteira assinada)
- 2.Contrato de curta duração
- 3.Outro. Qual?

24- Como você utiliza o tempo em que não está trabalhando no PSF ou no seu serviço? (caso necessário, marque mais de uma alternativa)

- 0.Realizo tarefas domésticas
- 1.Trabalho em outro local
- 2.Leio jornais, revistas, livros

3. Assisto televisão

4. Estudo

5. Realizo alguma atividade física

6. Outro. Qual?

25- Considerando todas as suas atividades, quantas horas você trabalha por semana (considere todas suas atividades, inclusive domésticas)?

HORAS POR SEMANA

