



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



JOAQUIM JOSÉ MARQUES DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER**

**TERESINA
2019**

JOAQUIM JOSÉ MARQUES DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Profº Dr.º Viriato Campelo

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

**TERESINA
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

S586p Silva, Joaquim José Marques da.
Percepção dos médicos da atenção básica sobre violência contra a
mulher / Joaquim José Marques da Silva . -- 2019.
78 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família, Teresina, 2019.
“Orientador: Profº Dr.º Viriato Campelo”.

1. Medicina Social. 2. Mulher - Violência. 3. Pessoal da Saúde.
I. Título.

CDD 610.696

JOAQUIM JOSÉ MARQUES DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Piauí.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Viriato Campelo

Universidade Federal do Piauí – Presidente

Prof^a. Dra. Luana Kelle Batista Moura

Centro Universitário Uninovafapi - 1º Examinador

Prof. Dr. Mácio Denis Medeiros Mascarenhas

Universidade Federal do Piauí – 2º Examinador

Prof^a. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Universidade Federal do Piauí – Suplência

**TERESINA
2019**

Àqueles que permaneceram ao meu lado
ou simplesmente cruzaram meu caminho,
abrilhantando-o e tornando realidade essa
dissertação de mestrado.

AGRADECIMENTOS

À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família e à Universidade Federal do Piauí por terem materializado esta pós-graduação.

À Fundação Municipal de Saúde por viabilizar a realização deste estudo.

Ao Departamento e à Pós-graduação de Enfermagem da UFPI pelo acolhimento caloroso.

Aos professores do MPSF pelo empenho e motivação ao longo do curso, em especial ao Professor Doutor Viriato Campelo pelas orientações prestadas.

Aos meus colegas do MPSF pelos momentos compartilhados de angústia e superação.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram na construção deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que tem raízes na desigualdade de gênero. Apesar dos números crescentes desse tipo de violência, muitas mulheres procuram atendimento nos serviços de saúde para tratar de seus sintomas físicos, mas não relatam aos profissionais como eles foram desencadeados, omitindo as agressões. **Objetivo:** avaliar a percepção dos médicos da Atenção Primária de Teresina sobre a violência contra a mulher. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com 158 médicos da ESF de Teresina-Piauí. A coleta de dados aconteceu de junho a julho de 2019, por meio de questionário baseado em perguntas pré-formuladas e adaptadas do Sistema de Indicadores de Percepção Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, composta por 16 frases relacionadas à Tolerância à Violência Contra Mulher. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi usado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica *Microsoft Office Excel* e analisados no programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$. **Resultados:** Houve um predomínio do sexo feminino (64,6%), faixa etária de 30 a 59 anos (63,3%), casados (69%), católicos (93%), com menos de 5 anos de formado (28,2%), oriundos de universidades públicas (62,7%), sem especialização (53,8%) e atendendo em postos de saúde da zona sul (34,2%) da cidade. Observou-se que a percepção dos médicos sobre a violência perpetrada por parceiro íntimo é influenciada pela categoria de gênero, idade, tempo de formação, especialização e local de atendimento. Os resultados apontam que os médicos do sexo masculino, especialistas, com mais de 25 anos de formação e com mais de 60 anos possuem percepção da violência contra a mulher baseada em uma visão patriarcalista, em que a mesma ainda é tida como fenômeno de cunho íntimo e a mulher possui culpabilização pela violência sexual. **Conclusão:** os achados contribuem para que os médicos possam refletir sobre a condução de uma prática assistencial à mulher em situação de violência, dando-lhes um acolhimento orientado pelo modelo de saúde social.

Palavras-chave: violência contra a mulher; medicina da família; pessoal da saúde.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women is a complex phenomenon that has roots in gender inequality. Despite the growing numbers of this type of violence, many women seek care in health services to treat their physical symptoms, but do not report to professionals how they were triggered, omitting the aggressions. **Objective:** to evaluate the perception of physicians of Teresina Primary Care about violence against women. **Method:** This is a cross-sectional study, developed with 158 doctors from the ESF of Teresina-Piauí. Data collection took place from June to July 2019 through a questionnaire based on questions pre-formulated and adapted from the System of Social Perception Indicators of the Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) composed of 16 sentences related to Tolerance to Violence Against Women. Pearson's Chi-square test and fisherr exact test were used to verify the association between qualitative variables. The data was tabulated in microsoft office excel spreadsheet and analyzed in the IBM Statistical Package for the Social Sciences version 20.0 program. The significance level adopted was $\alpha = 0.05$. **Results:** there was a predominance of females (64.6%), age group from 30 to 59 years (63.3%), married (69%), Catholics (93%), with less than 5 years of graduation (28.2%), from public universities (62.7%), without specialization (53.8%) and serving in health posts in the south (34.2%) of the city. It was observed that physicians' perception of intimate partner violence is influenced by the category of gender, age, training time, specialization and place of care. The results indicate that male physicians, specialists, with more than 25 years of training and over 60 years old have a perception of violence against women based on a patriarchal view, in which it is still regarded as a phenomenon of an intimate nature and the mul her has guilt for sexual violence. **Conclusion:** the findings contribute to the physicians being able to reflect on the conduct of a care practice for women in situations of violence, giving them a welcome guided by the social health model.

Keywords: Violence against women. Primary health care. Health personnel.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes. Teresina–PI, 2019.....	36
Tabela 2 - Percepção social sobre a violência contra a mulher por médicos da atenção básica. Teresina–PI, 2019.....	37
Tabela 3 - Percepção social sobre a violência contra a mulher por médicos da atenção básica segundo a faixa etária e gênero. Teresina–PI, 2019.....	38
Tabela 4 - Percepção social sobre a violência contra a mulher por médicos da atenção básica segundo o local de atendimento e especialidade médica. Teresina–PI, 2019.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	SISTEMA DE INDICADORES DE PERCEPÇÃO SOCIAL – SISP – DO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA.....	31
-------------------	---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB:	Atenção Básica
APS:	Atenção Primária à Saúde
BIC:	Critério de Informação Bayesiano
cato:	Católico
CEP:	Comitê de Ética do Piauí
CNJ:	Conselho Nacional de Justiça
comesp:	Com especialidade
CREMESP:	Conselho /regional de Medicina de São Paulo
emesmsp:	Em especialização
ESF:	Estratégia Saúde da Família
e-SF:	Equipe Saúde da Família
evan:	Evangélico
fmais5:	Formado a mais de 5 anos
fem:	Feminino
form2:	Formado até 2 anos
form2-5:	Formado de 2 a 5 anos
FMS;	Fundação Municipal de Saúde
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC:	Intervalo de Confiança
IPEA:	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MFC:	Medicina da Família e da Comunidade
ONU:	Organizações das Nações Unidas
POP:	Procedimento Operacional Padrão
RP:	Razão de prevalência
semesp:	Sem especialidade
SINAN:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISP:	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS:	Sistema Único de Saúde
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UFPI:	Universidade Federal do Piauí

VCM: Violência contra a mulher

zr: zona rural

zu: zona urbana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Situação problema do estudo.....	12
1.2 Hipótese.....	14
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo Geral	14
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.4 Justificativa e Relevância	15
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	18
2.1 Aspectos conceituais sobre violência e seus agravos à saúde	18
2.2 Conceitos fundamentais no estudo da violência	20
2.3 Violência doméstica	22
2.4 violência contra a mulher	23
2.5 Tipos de violência contra as mulheres.....	24
2.6 Ciclo de violência doméstica contra as mulheres.....	25
2.7 As estatísticas sobre violência contra as mulheres e a perspectiva profissionais de saúde.....	26
3 METODOLOGIA	29
3.1 Tipo de Estudo	29
3.2 População e amostra.....	29
3.3 Amostragem	29
3.4 Critérios de Inclusão e exclusão	30
3.5 Instrumento e Procedimento para Coleta de Dados	31
3.6 Análise e Apresentação dos Dados	33
3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	34
4 RESULTADOS	35
5 DISCUSSÃO	44
5.1 Limitações e sugestões	52
6 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59
ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 Situação problema do estudo

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, mais conhecida como Convenção de Belém do Pará, define a violência contra mulheres como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. A Convenção dispõe que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual ou psicológica: a) perpetrada no âmbito do ambiente doméstico e familiar; b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa; e c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (BANDEIRA e ALMEIDA, 2017).

Considerando os vários ambientes de violência perpetrados contra as mulheres, a violência doméstica e familiar é um subtipo frequente e com desfechos fatais que poderiam ser evitados caso as mulheres tivessem apoio para sair do ciclo de violência. De acordo com a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), trata-se de qualquer ação ou omissão que, baseada no gênero, cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, bem como dano moral ou patrimonial, que se dê no âmbito da unidade doméstica e familiar, ou em qualquer relação íntima de afeto em que o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima (ZANELLO; PEDROSA, 2017).

Em 2017, segundo as estimativas das Organizações das Nações Unidas (ONU), sete em cada dez mulheres no mundo já foram ou serão violentadas em algum momento da vida. No Brasil, no ano de 2017, 40% das mulheres brasileiras já sofreram de violência doméstica em algum momento de sua vida e 66% dos brasileiros presenciaram uma mulher sendo agredida fisicamente ou verbalmente (DATASENADO, 2018a).

O Estado do Piauí registrou, em 2016, cerca de 106 agravos de violência interpessoal contra as mulheres por cem mil mulheres, segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. Em Teresina, foram registrados 776 casos de violência através do Sistema de Notificação Compulsória, atingindo uma proporção maior de crianças e adolescentes que no restante do Brasil (DATASUS, 2016).

Os dados deixam claro que a Violência Contra a Mulher (VCM) é uma realidade que, sem distinção de classes sociais, idades ou regiões, vem se perpetuando na sociedade brasileira. É hoje um problema de ordem pública que vem ganhando importância por seu impacto social, no âmbito dos direitos humanos, na legislação e na saúde pública (FLACSO BRASIL, 2015).

Para o enfrentamento da violência contra as mulheres vale destacar em âmbito nacional, marcos políticos e jurídicos de suma importância, como a criação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, lançado em agosto de 2007, visando, por meio de implementação de políticas públicas integradas, assegurar ações como a aplicabilidade da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência, garantindo a segurança cidadã, acesso à Justiça, direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres, autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (MOREIRA; SANTANA, 2016; LEI 11.340/2006). Ainda sim, no aniversário de dez anos da lei Maria da Penha, médicos casados acreditam que “*mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas*” (SISP, 2014).

O dado reflete a herança patriarcal de uma cultura enraizada em um primado masculino, no qual o papel do homem e da mulher vem sendo desenhado socialmente em um desequilíbrio simbólico e de poder, estrutura tratada quase como uma justificativa para a opressão da mulher (PASINATO, 2015).

Nesse contexto, a violência contra a mulher, que por muitos anos foi respaldada por lei e justificada por uma ordem social de dominância e subordinação de gênero, ainda se perpetua em pensamentos e comportamentos. Um processo que acaba por legitimar certas agressões, especialmente dentro das relações domésticas, julgando-as (ou subjulgando-as) como parte integrante, e natural, da dinâmica entre homens e mulheres (LIMA FILHO, 2014).

Considerando ser este um problema de saúde pública, é fundamental que a discussão sobre a violência doméstica ganhe espaço na área de saúde. As perdas diagnósticas ainda são uma realidade que depende de um olhar cuidadoso e atento no acolhimento. Nesta perspectiva, muitas mulheres procuram atendimento nos serviços de saúde para tratar de seus sintomas físicos, mas não relatam aos profissionais como eles foram desencadeados, omitindo a violência doméstica. Além disso, os profissionais não possuem capacitação suficiente, nem contam com um

ambiente de trabalho que promova uma estrutura adequada para lidar com situações de violência, embora saibam da importância da escuta e do acolhimento (ZANELLO; PEDROSA, 2017).

O que leva o médico da atenção básica a ser mais ou menos tolerante a violência perpetrada contra as mulheres em seus atendimentos? A idade, sexo, religião, tempo de formação, especialização e área de atendimento na cidade influenciam nessa percepção?

São inúmeras as variáveis, perguntas e cruzamentos possíveis. Mas o ponto de partida é um só: a investigação. É preciso pesquisar, mapear, entender e debater o fenômeno para podermos então falar sobre seu combate. É nesse sentido que este trabalho se propõe a discutir a importância da pesquisa como instrumento de diagnóstico, debate e conscientização social sobre a problemática da violência contra a mulher, particularmente na percepção dos médicos da Atenção Primária a Saúde de Teresina sobre questões relacionadas a tolerância social de violência contra as mulheres.

Este trabalho se vê, diante de uma realidade tão preocupante e ameaçadora, e ao mesmo tempo ainda pouco delineada e discutida socialmente, como uma oportunidade de discutir e apresentar possíveis saídas para um acolhimento, suspeição diagnóstica e no tratamento dessa parte da população, no intuito de alterar comportamento agressivo, promover a equidade de gênero e reduzir os agravos.

1.2 Hipóteses

O que leva o médico da família a ser mais ou menos tolerante a violência perpetrada contra as mulheres em seus atendimentos? A idade, sexo, religião, tempo de formação, especialização e área de atendimento na cidade influenciam nessa percepção?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção dos médicos da atenção básica sobre violência contra a mulher.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra quanto a dados sócio-demográficos, de formação e ocupacionais;
- Identificar a percepção dos médicos da família sobre a violência com a mulher;
- Verificar a associação entre características sócio-demográficas, de formação e ocupacionais e a percepção sobre a violência com a mulher

1.4 Justificativa e Relevância

A violência doméstica contra as mulheres não é um fato raro de acontecer mesmo nos dias atuais, onde a informação acerca dos direitos femininos estão mais acessíveis. É um fenômeno silenciado ao longo da história, e passou a ser evidenciado no Brasil, há, aproximadamente, 20 anos, com o reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde (WHO) e depois por diversos países como problema de saúde pública em função do crescente número de casos graves de violência perpetrada contra mulheres nas últimas décadas (IPEA, 2018).

Apesar de sua alta prevalência, a violência contra a mulher é pouco identificada nos serviços de saúde, sendo caracterizada como um problema extremamente difícil de ser abordado. Um dos principais obstáculos para o reconhecimento da violência contra a mulher pelos profissionais de saúde reside na ausência de treinamento, falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança e pouco apoio para as vítimas. Destaca-se, ainda, como ingrediente que favorece essa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência, entre parceiros íntimos, é um problema privado que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Além disso, muitos profissionais tendem a compreender a violência contra a mulher como problemática que diz respeito apenas à esfera da segurança pública e da justiça (FERNANDES *et al*, 2018).

Por maiores que tenham sido as transformações sociais nas últimas décadas, com as mulheres ocupando os espaços públicos, além do advento da Lei

Maria da Penha, marco histórico na proteção dos direitos das mulheres, o ordenamento patriarcal permanece muito presente em nossa cultura e é cotidianamente reforçado, na desvalorização de todas as características ligadas ao feminino, na violência doméstica, na aceitação da violência sexual. A família patriarcal organiza-se em torno da autoridade masculina; para manter esta autoridade e reafirmá-la, o recurso à violência – física ou psicológica – está sempre presente, seja de maneira efetiva, seja de maneira subliminar (PASINATO, 2015).

A miopia social sobre o fenômeno, fruto de uma percepção quase que conformista dos comportamentos violentos e de controle do homem contra a mulher, reflete na própria pesquisa sobre o assunto. Isso porque a própria pesquisa parece se deparar com uma indeterminação das delimitações, termos e definições do que vem a ser uma percepção mais ou menos tolerante a violência de gênero. Se certos comportamentos contra a mulher não forem percebidos como violência, então podemos comprometer os resultados de pesquisas nas quais as pessoas declaram ou denunciam aquilo que entendem por violência. Daí a importância de estudarmos e nivelarmos os graus de percepção dos médicos em relação ao fenômeno, como forma de calibrar o tom e a forma de perguntar e investigar o assunto (GUIMARÃES, 2017).

Propomos assim, investigar algumas das nuances que determinam a percepção mais ou menos tolerante a violência de gênero como forma de discutir e propor variáveis de padronização da investigação dessa problemática. Tudo isso, como forma de discutir a tomada de consciência desses profissionais e fomentar seus diagnósticos em prol de políticas públicas de combate à violência contra a mulher.

Neste aspecto, a presente pesquisa pretende avaliar a percepção dos médicos da Atenção Básica (AB) de Teresina sobre questões relacionadas a tolerância social de violência contra as mulheres. Pretende-se, portanto, correlacionar aspectos sociodemográficos dos profissionais, bem como tempo de formação, especialidade e parâmetros ligados a punição do agressor e culpabilização da vítima as quais influenciam na sua percepção de uma postura mais ou menos tolerante à violência de gênero, torna-se peça-chave para acolher e desenvolver possíveis intervenções e encaminhamentos.

Acreditamos que um passo importante a ser dado é compreender a percepção desses profissionais sobre a violência contra as mulheres, possibilitando

o desenvolvimento de ações mais significativas que incluam um olhar mais cuidadoso e atento no acolhimento, na suspeição diagnóstica e no tratamento dessa parte da população, no intuito de alterar seu comportamento agressivo, promover a equidade de gênero e reduzir os agravos.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1. Aspectos conceituais sobre violência e seus agravos à saúde

A palavra violência deriva do latim *violentia*; que significa impetuosidade, aplicação de força, vigor, contra qualquer coisa. Mas sua origem está relacionada com o termo *violare*, violação, que evidencia o caráter danoso e invasivo do termo. Assim considera-se violência qualquer atitude ou comportamento que se usa da força e do poder para causar intencionalmente dano ou intimidação contra a integridade física ou psicológica, através de autoagressões, agressões interpessoais ou coletivas (CERQUEIRA, 2017).

De acordo com a OMS, a violência é definida como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002).

Ela apresenta-se como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Nos últimos 30 anos houve um aumento significativo da mesma, refletindo nas taxas de mortalidade, chegando, em algumas regiões e faixas etárias, a ultrapassar as doenças infecciosas, crônico-degenerativas e neoplasias. Trata-se, portanto, de um fenômeno social complexo, perpassando e afetando as sociedades como um todo, sem diferenciação da classe social, gênero, idade, religião, raça, educação, cultura, profissão e situação socioeconômica, tanto no âmbito público como privado (CASTRO, 2016).

Pela análise do conceito de violência atentado pela OMS, existem três grandes tipos de violência: a violência dirigida a si mesmo (autoagressão), a interpessoal e a coletiva. Esses ainda são divididos em subtipos que caracterizam mais especificamente cada tipo de ato violento. A violência dirigida contra si mesmo pode ser descomposta em comportamento suicida e auto-abuso. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios completados. O auto-abuso, por outro lado, inclui atos como a automutilação. Pode-se dividir a violência interpessoal em duas subcategorias: violência doméstica e violência comunitária. E a violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica pela qual

sugerem a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados (ANDRADE, 2018).

Provavelmente ao longo de toda a história o homem conviveu com a violência, materializada em violações de âmbito civil, social, econômico, político, e cultural. Suas manifestações, nas esferas públicas ou privadas, urbanas ou domésticas, podem ser identificadas entre outras como violência de gênero, de raça, violência política, de religião, violência contra a criança e o idoso.

O ato de praticar a violência está intimamente ligada às estruturas culturais, sociais, econômicas e políticas que juntas formam cada momento histórico da humanidade além de estar ligada à forma como as sociedades se organizam e constroem suas normas e valores. Seus fatores desencadeantes são passíveis de modificação, como pobreza extrema e concentrações urbana com insegurança social (alimentação, trabalho, segurança, propriedade e infraestrutura básica), associadas às desigualdades de educação, social, de gênero, racial e de saúde. (MINAYO; ASSIS, 2017).

Destaca-se a estimativa de que, a cada ano, as mortes violentas sejam responsáveis por mais de um milhão de óbitos no mundo, em sua maior parte homens na faixa etária 15 a 44 anos de idade (CERQUEIRA, 2017). No Brasil, o monitoramento da violência para fins de vigilância epidemiológica é realizado através da análise dos dados da declaração de óbito e da autorização de internação em hospitais. No entanto, os dados sobre violência são imprecisos por subnotificação, pela falta de um sistema de registro único e pela diversidade de formas de apresentação social. No entanto, seu custo pode ser estimado em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescido de outros bilhões relativos ao trabalho (perdas, acidentes e absenteísmo) e à perda do investimento (FERNANDES, 2018).

O profissional da APS tem as melhores condições para suspeitar, reconhecer e prevenir as situações de violência, assim como para acolher as pessoas, as famílias e os grupos sociais sob sua responsabilidade. O sofrimento e a dor não podem ser calculados, mas a aceitação, o acolhimento e a proteção são a maneira adequada de auxiliar a vítima na recuperação de sua saúde mental e física. Em muitas situações, o evento tem características específicas que levam a vítima a manter segredo. Isto resulta em dificuldade para estabelecer diagnóstico, que,

quando realizado, demanda um olhar atento ao dano do momento e ao dano acumulado (ASSIS et al, 2017).

A violência deve ser melhor conhecida pelo profissional médico, seja em nível ambulatorial, na comunidade em que atua ou na condição de formador de opinião na construção de um consenso social para o enfrentamento do problema, pois ela nega alguns valores universais como a liberdade, igualdade e o próprio direito à vida, diminuindo o exercício da cidadania. Conflitos familiares, interpessoais, sociais e políticos não resolvidos de forma pacífica causam impacto na vida privada das pessoas e na sociedade como um todo, sendo essas as principais manifestações da violência. Além disso, seus efeitos alteram o modo de agir da população e a interação social (VERAS et al., 2014).

Não há um fator único capaz de explicar por que alguns indivíduos se comportam de forma violenta com outros ou por que a violência é mais em algumas comunidades do que outras. Isso porque a violência resulta da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. A compreensão de como esses fatores estão relacionados com a violência é um dos passos centrais na abordagem por parte da saúde pública para a prevenção da violência (BEIRAS; NASCIMENTO, 2017)

2.2. Conceitos fundamentais no estudo da violência

As manifestações das varias formas de violência e com diferentes graus de severidade pode chegar às lesões fatais culminando no homicídio que é o ápice extremo dos atos de violência. Esses atos podem ser de natureza física, sexual, psicológica, institucional e intrafamiliar, envolvendo privação ou negação onde sempre a vitima está em situação de desvantagem sendo as mesmas muito jovens fracas ou doentes para se protegerem (KRUG et al., 2002).

Denomina-se violência sexual qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles. Inclui também impedimento de uso de contracepção e ato de ser forçado a praticar ou presenciar relações sexuais com outras pessoas (FERNANDES, 2018).

Atualmente a violência sexual vem atingindo um contingente cada vez maior de pessoa. Indivíduos de diferentes classes sociais, gênero, idade são vítimas desse ato de extrema covardia. A violência sexual contra homens e meninos é um problema que vem crescendo gradativamente e exceto pelo abuso sexual durante a infância ela é muito negligenciada nas pesquisas. O estupro e outras formas de coação sexual contra homens e meninos acontecem em diversos cenários, inclusive em casa, no local de trabalho, nas escolas, nas ruas, no serviço militar, durante a guerra, bem como em prisões e delegacias (PASINATO, 2015).

A maioria das agressões sexuais é praticada pelo pai, padrasto, companheiro ou marido configurando-se em crime mesmo quando são exercidas por alguém de confiança da vítima. O estupro, ato libidinoso, abuso sexual na infância e adolescência, sexo forçado no casamento, assédio sexual, atentado violento ao pudor e abuso incestuoso são exemplos de atos sexualmente violentos (NJAINEK; CONSTANTINO, 2014).

Já a violência física ocorre quando uma pessoa, que está em posição de vantagem em relação a outra pessoa, exercendo uma certa forma de poder que provoque ou somente tente causar um dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que possa provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Atualmente, também é considerada violência a aplicação de castigo e abandonar pessoas em lugares desconhecidos omitindo cuidados e proteção. Costuma-se ser repetida e tende a aumentar de intensidade a cada investida (FAÇANHA, 2016).

A prática da violência psicológica é qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima, ou prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento. Consiste na sujeição a agressões verbais constantes, ameaças, chantagem, privação de liberdade, humilhação, desvalorização, hostilidade, culpabilização, rejeição, indiferença, resultando em uma queda da autoestima e propiciando um desequilíbrio emocional da pessoa (ZANELLO; PEDROSA, 2017).

Há também a violência institucional em saúde caracterizada quando, por exemplo, o indivíduo peregrina por diversos serviços até receber atendimento ou mesmo quando se observa a despersonalização do atendimento. Os maus-tratos por discriminação por partes dos profissionais da área de saúde, violação dos direitos reprodutivos (principalmente na sala de parto) e supervalorização do saber

científico em detrimento do saber prático constituem facetas da violência institucional (AZEREDO, 2017).

A violência intrafamiliar se refere a todas as formas de abuso que acontecem entre os membros de uma família. Está caracterizada pelas diferenças de poder entre estes, e pode envolver relações de abuso que inclui condutas de uma das partes para prejudicar o outro (ROCHA, 2018).

2.3. Violência doméstica

A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue. O abuso infantil, violência de cunho íntimo onde os seus agressores são os próprios parceiros das mulheres, abuso do idoso (além das formas de violência física, sexual e psicológica, a família pode fazer uso do benefício financeiro pessoal) estão incluídas nessa subdivisão (MINAYO, 2017).

Ainda que a violência doméstica e/ou familiar não seja um fato exclusivo de determinada classe, faixa etária ou população, esta tende a vitimizar, prioritariamente, certos grupos da sociedade, como as mulheres, as crianças e os idosos. Na Índia, por exemplo, a ocorrência de violência doméstica nos lares era duas vezes maior que o risco de abuso infantil (CASTRO, 2016).

A distinção entre a violência intrafamiliar e a doméstica é muito importante no que se refere ao autor da ação violenta. A primeira é caracterizada como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família podendo acontecer dentro ou fora de casa por membros da própria família. A doméstica se diferencia da intra-familiar, porque nesta quem pratica o ato pode ser pertencentes a outros membros do grupo de relações, sem função parental, podem ser apenas funcionários do lar e agregados (PASINATO, 2015).

2.4. Violência contra a mulher

A violência doméstica atinge preferencialmente as mulheres, sendo cometida principalmente pelo seu parceiro íntimo. Antes de o homem partir para os atos de violência propriamente ditos o casal passa por situações em que é difícil reconhecer um início de maus-tratos. O “machismo” é muitas vezes mascarado e a mulher não o entende como uma agressão. O homem começa a ameaçar, controlar a vida da mulher, impor suas opiniões, não compartilhar tarefas domésticas, criticar amizades e familiares, não permitir que ela use determinada roupa ou maquiagem (ROCHA, 2018).

Para o presente trabalho, trataremos da violência contra a mulher (VCM) discutindo suas tipificações a partir da perspectiva da violência de gênero e doméstica, mais especificamente da violência contra a mulher em relacionamentos afetivos. Neste diapasão, Lucena (2017) utiliza a conceitualização combinada da VCM na perspectiva legal, particularmente da Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), e da saúde pública na voz de instituições como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e o Ministério da Saúde do Brasil.

Nessas concepções o fenômeno está inserido em discussões de violência de gênero e violência doméstica. Para a OMS, por exemplo, a violência contra a mulher é definida por:

Todo ato de violência baseado em gênero, que tem como resultado, possível ou real, um dano físico, sexual ou psicológico, incluídas as ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, seja a que aconteça na vida pública ou privada. (OMS, 1998, apud DA SILVA, 2007, pg.97)

A violência doméstica contra as mulheres não é um fato raro de acontecer e sempre esteve no cotidiano feminino, mas em função de sua alta incidência, da gravidade das lesões que causam sofrimento e morte e principalmente pelas novas medidas da lei contra os seus agressores vem ganhando destaque pois anteriormente os casos de agressão feminina ficavam escondidos e protegidos dentro de seus próprios lares (NJAINEK; CONSTANTINO, 2014).

2.5 Tipos de violência contra as mulheres

Delimitando a VCM, a Lei Maria da Penha traz em sua conceitualização a discriminação de cinco categorias de acordo com sua natureza, sendo elas: violência física, sexual, patrimonial, moral e psicológica. Talvez como um dos maiores avanços no combate à VCM, a delimitação de um campo legal que extrapola os abusos físico/sexuais trouxe uma nova perspectiva à problemática, reconhecendo legalmente agressões morais e psicológicas como parte do problema (FLACSO BRASIL, 2015).

A violência física é entendida legalmente (pela Lei Maria da Penha) como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher. Seus efeitos visíveis e imediatos, a tornam entre as cinco violências, a mais reconhecida e combatida socialmente. Ela se caracteriza frente a atos que usam de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que pode causar lesões internas: (hemorragias, fraturas), externas (cortes, hematomas, feridas). Entre o rol de agressões as quais as mulheres estão sujeitas podemos distinguir golpes, tapas, chutes, surras, cortes, tentativas de estrangulamento e queimaduras, tortura física, entre outros (FERNANDES, 2015).

A violência sexual é entendida, pelo artigo 7º, Inciso III, da mesma Lei, como *“qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força...”*. (GUIMARÃES E MOREIRA, 2017)

A violência moral e patrimonial discorrem, respectivamente, sobre condutas que configuram calúnia, difamação ou injúria e condutas que colocam em risco a integridade e o direito de posse de objetos e recursos da mulher. Por fim, conforme Lima Filho (2014), a violência psicológica, é estabelecida pela Lei Maria da Penha, artigo 7º, Inciso III, como:

“qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;”

Isto demonstra que as mulheres são vitima em maior escala da violência de gênero devido ao fato da mesma se relaciona à condição de subordinação da

mulher na sociedade. Nesse contexto, compreendendo a violência como problema de interesse público e, entendendo que o aprofundamento da compreensão de investigações sobre essa temática pode contribuir para pensarem-se estratégias que reduzam e previnam esse fenômeno (VERAS et al., 2014).

2.6 Ciclo de violência doméstica contra as mulheres

Felerico (2017) informa que a violência doméstica feminina se apresenta tipicamente em forma de ciclos, onde o agressor vai intensificando de forma crescente as suas reações de selvageria e brutalidade em três estágios: aumento de tensão, ataque violento e a “Lua de Mel”. Esses estágios contribuem no esclarecimento das formas da violência se manifestar e também da dificuldade da mulher em romper com esse ciclo, que podem sofrer variações no tempo e na intensidade para o mesmo casal ou entre os diferentes casais, sendo que cada nova fase do ciclo vai aumentando em frequência e intensidade.

A primeira fase é a comumente chamada de fase de “acúmulo de tensão”, nesta fase há a manifestação evidente do stress e com o passar do tempo, há um aumento da intensidade desta tensão. Nesta fase ficam evidenciadas as discussões, demonstrações de ciúmes exagerados, manipulação de emoções, danos a objetos pessoais, maltrato a animais de estimação da mulher ou aos filhos. A mulher por sua vez, neste ciclo, culpabiliza-se pela situação e tenta agradar ao parceiro buscando evitar uma tensão maior (FIOCRUZ, 2015).

A segunda fase é caracterizada como a fase de “explosão da tensão”. Nesta fase notase um acúmulo de tensão extremo, que culmina com agressões físicas e sexuais, espancamento, xingamentos, onde toda carga de estresse é descarregada. O parceiro agressor tem como características o descontrole emocional e as reações contra a qualquer atitude da mulher são repentinas e imprevisíveis, qualquer fala, ou ato da mulher pode desencadear novas agressões. Nesta fase a mulher tenta romper com a relação, denunciando ou saindo de casa (FLACSON BRASIL, 2015).

A terceira e última fase do ciclo chama-se “fase da lua-de-mel”. Neste momento, o parceiro agressor tem uma crise de arrependimento, passando a manifestar um comportamento extremamente amoroso e carinhoso. São feitas promessas, nas quais afirma que o comportamento violento não se repetirá, há

manifestações emocionais e comportamentais, com tristeza, remorso, choro, dores de cabeça, ameaça de suicídio. A mulher, diante de tais manifestações, acredita que ele realmente está arrependido e confia que o parceiro agressor mudará de comportamento. É nesta fase que a mulher volta atrás na sua, mas ele novamente vai acumulando tensões até repetir as agressões e conseqüentemente arrependimento estabelecendo assim o ciclo da violência (FELERICO, 2017).

2.7 As estatísticas sobre violência contra as mulheres e a perspectiva dos profissionais de saúde

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 7 em cada 10 mulheres no mundo foram ou serão violentadas em algum momento da vida. No Brasil, em 2017, 45% das mulheres referiam aos profissionais de saúde ocorrência de qualquer tipo de violência, e que, pelo menos uma vez em suas vidas, tinham sido vítimas de violência psicológica (41,5%), física (26,4%) ou sexual (9,8%) – (DATASENADO, 2018a).

Com relação as características da violência contra a mulher, em 40% dos casos as lesões são graves e que, em 70% deles, o agressor é o marido, o ex-marido ou ex-namorado em ambiente doméstico. A maioria das agressões ocorre contra mulheres de 18 a 49 anos, solteiras e que recebem de 1 a 3 salários mínimos. Quanto à questão raça/cor, não se pode desconsiderar que as mulheres negras são três vezes mais abusadas do que as mulheres brancas (IPEA, 2018).

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em todo o país no ano de 2017, existia um processo judicial de violência doméstica para cada 100 mulheres brasileiras. São 1.273.398 processos referentes à violência doméstica contra a mulher em tramitação na justiça em todo o País. No Piauí, tramitam 9,4 processos referentes à violência doméstica a cada mil mulheres e destes, 90% se concentram em Teresina-PI (DATASENADO, 2018b).

Nos últimos anos a maioria dos países vem tentando modificar a resposta dos serviços de saúde em relação à violência. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher inclui o atendimento das mulheres em situação de violência. Entretanto, sabe-se que os profissionais não identificam ou não registram a violência nos prontuários médicos como parte do atendimento realizado (FERNANDES, 2018).

Apesar de sua alta prevalência, a violência contra a mulher é desprezada nos serviços de saúde, sendo caracterizada como um problema extremamente difícil de ser abordado, tendo como principais obstáculos para o seu reconhecimento: ausência de treinamento, falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança e pouco apoio para as vítimas. Destaca-se, ainda, como ingrediente que favorece essa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência, entre parceiros íntimos, é um problema privado que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Além disso, muitos profissionais tendem a compreender a violência contra a mulher como problemática que diz respeito apenas à esfera da segurança pública e da justiça (FERNANDES, 2018).

Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano e Kageyama-Escobar (2005) destacam outras barreiras, que impedem a identificação e encaminhamento dos casos de violência. Para esses autores, os médicos temem por sua segurança pessoal, não querem se envolver com questões judiciais, desconhecem locais para encaminhar as mulheres e não acreditam que o serviço de saúde seja um local adequado para tratar casos de violência. Além disso, os profissionais tendem a desconfiar que as mulheres estejam realmente falando a verdade e acreditam que suas atitudes podem não contribuir para solucionar o problema. Existem também barreiras institucionais, considerando que a instituição não oferece suporte ao atendimento, nem espaços privados para realizar a consulta, sem contar a falta de capacitação profissional. Destaca-se também que não estão sendo completamente cumpridas as normas de atenção estabelecidas, que contemplam identificação, valorização do risco, fortalecimento, orientação, referência e registro.

Para Schraiber et al. (2003), o fato de a linguagem entre profissionais e usuárias ser muito diferente é um aspecto fundamental na dificuldade de se trabalhar com o tema. Há um hiato entre o que os profissionais entendem como sendo um problema de saúde e o que as usuárias buscam nos serviços. Por essas razões, as demandas trazidas pelas usuárias não têm lugar reconhecido entre os profissionais, pois não existem canais de expressão ou de comunicação entre eles, por falta de códigos de linguagem em comum e consenso em relação às nomeações próprias a respeito dessa questão. A dinâmica dominante na situação é: *a mulher não fala e os profissionais não perguntam*, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como consequências de sentimentos de medo, vergonha, preconceito ou descrédito de ambas as partes.

Portanto, ao constatarmos a importância do processo de comunicação para o atendimento das mulheres em situação de violência, consideramos o médico locado nas unidades de saúde como agente mediador e interlocutor, que, no contato com as usuárias, torna-se peça-chave para acolher, desenvolver possíveis intervenções e encaminhamentos. Sendo assim, acreditamos que um passo importante a ser dado é compreender a percepção desses profissionais sobre a violência de gênero, além de identificar quais os procedimentos e intervenções adotados para investigar sua ocorrência. Dessa forma, este estudo teve por objetivo investigar a percepção dos médicos que atuam nas unidades básicas de saúde de Teresina-PI sobre a violência praticada.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo com delineamento transversal e analítico.

3.2 População e Amostra

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS) no município de Teresina, localizado no centro-norte do estado do Piauí. De acordo com a Fundação Municipal de Saúde (FMS), órgão de gestão da Atenção Básica (AB) de Teresina, o município possui 92 UBS, a maioria com mais de uma equipe de Saúde da Família (e-SF), tendo, no ano de 2019, 260 equipes, totalizando uma cobertura superior a 90% de seu território, trabalhando por turnos manhã e tarde.

A população do estudo foi composta 260 médicos que trabalham nas UBS de Teresina. Os dados quantitativos, localização e distribuição dos profissionais médicos das UBS's são fornecidos pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-Piauí, em anexo, numa sequência numérica crescente (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

3.3 Amostragem

A amostra probabilística foi dimensionada pela técnica de Amostragem Aleatória Simples (BOLFARINE; BUSSAB; 2005), sendo calculada a partir de 260 médicos distribuídas em 92 UBS. Com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5% e acréscimo de 10% para compensar as possíveis perdas, o cálculo para o tamanho da amostra resultou em $n= 158$ (SANTOS, 2018).

As UBS's foram numeradas numa sequência numérica crescente, de acordo com a ordem fornecida pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina, em anexo. A escolha da UBS para pesquisa obedeceu um critério de numeração par (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018).

Sabendo-se que cada UBS possui, em média, entre dois a quatro médicos que laboram nos turnos manhã e/ou tarde, a pesquisa pretendeu contemplar 65 UBS distribuídas na zona urbana e rural.

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foi fornecido pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina a relação de UBS,s numa sequência numérica crescente, perfazendo 92 UBS na lista. Inicialmente, foram escolhidas 65 UBS's, obedecendo um critério de numeração par.

Em seguida, pretendeu-se incluir médicos concursados (efetivos) da Estratégia Saúde da Família (ESF) há pelo menos seis meses que atuassem nas UBS's de Teresina e que se fizerem presentes nos dias da pesquisa até o limite de 158 profissionais. Caso houvesse representantes de um só sexo na UBS, seria feita a coleta de dados em outra instituição de saúde, obedecendo o critério sistemático de numeração par.

Pretendeu-se excluídos da pesquisa os médicos que se encontram licenciados ou em afastamento (férias), bem como os que não tivessem vínculo efetivo (contratados) com a Prefeitura de Teresina.

No entanto, a FMS constava até o começo da coleta de dados, com 249 médicos na Estratégia Saúde da Família, dos quais 95 eram contratados (38,16%) e 154 efetivos (61,85%). Inicialmente, utilizou-se para o caçulo da amostra uma população de 260 profissionais médicos que eram cadastrados na FMS a época do projeto de pesquisa, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, perfazendo o número de 158 médicos (SANTOS, 2018).

Considerando-se alcançar este espaço amostral (158 médicos), utilizando-se o critério de contemplar os profissionais das UBS de numeração par pré-definida, excluindo-se da pesquisa os contratados, licenciados, de férias e os que não possuem 6 (seis) meses de serviço, encontrou-se 63 médicos aptos a avaliação, correspondendo a 39% do espaço amostral. E mesmo se considerassem todos os médicos efetivos da FMS (154 médicos), independentemente da numeração pré-determinada das UBS's, não se chegaria ao espaço amostral calculado. Além disso, observou-se que em várias UBS de numeração par não havia médicos efetivos, principalmente nas unidades localizadas na zona rural do município.

Desta forma, em decorrência do contingente expressivo de contratados pela FMS, optou-se em manter o espaço amostral (158) e incluir os médicos contratados da FMS a pelo menos seis meses. Após se esgotarem as entrevistas

nas UBS's de numeração par e incluindo os contratados, continuou-se a coleta dos dados nas UBS's de numeração ímpar até a amostra considerada.

3.5 Instrumento e Procedimento para Coleta de Dados

A ferramenta utilizada para coleta de dados foi um questionário com perguntas pré-formuladas e adaptadas do Sistema de Indicadores de Percepção Social – SISP – do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (ANEXO A), composta por 16 frases relacionadas à Tolerância à Violência Contra Mulher, tendo como respostas para cada indagação: discordo totalmente, discordo parcialmente, nem discordo e nem concordo, concordo parcialmente e concordo totalmente:

Quadro 1 - Sistema de Indicadores de Percepção Social – SISP – (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA).

Percepção sobre violência doméstica	01) O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros?
	02) Em briga de marido e mulher, não se mete a colher?
	03) A roupa suja deve ser lavada em casa?
	04) Casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família?
	05) Mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar?
	06) Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher?
	07) É da natureza do homem ser violento?
	08) A mulher que apanha em casa deve ficar quieta para não prejudicar os filhos?
	09) Quando há violência, os casais devem se separar?
	10) O homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia?
	11) A questão da violência contra as mulheres recebe mais importância do que merece?
Percepção sobre violência psicológica e patrimonial	12) É violência falar mentiras sobre uma mulher para os outros?
	13) Um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher?
	14) Dá para entender que um homem rasgue ou quebre as coisas da mulher se ficou nervoso?
Percepção sobre violência sexual	15) Se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros?
	16) Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas?

Fonte: Sistema de Indicadores de Percepção Social – SISP – do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA

Preliminarmente, tem-se uma seção de caracterização socioeconômica dos respondentes da pesquisas, correspondendo as variáveis independentes das respostas dadas: sexo, idade, religião, estado civil, tempo de formação, instituição de ensino superior da formatura e especialidade.

O questionário do SISP foi adaptado e partiu de uma pesquisa nacional realizada em 2009 na Colômbia desenvolvida para medir a tolerância social e institucional à violência com o objetivo de investigar hábitos, atitudes, percepções e práticas individuais, sociais e institucionais no que diz respeito à violência de gênero por meio do Grupo de Trabalho sobre Gênero, Raça e Etnia das Nações Unidas, ONU (APÊNDICE A).

Há tanto questões positivas – aquelas nas quais a concordância parcial ou integral indica intolerância à violência – quanto questões negativas – cuja concordância representa tolerância à violência.

As perguntas foram dispostas em ordem quase aleatória, de forma a alternar os assuntos e perguntas negativas e positivas, para inviabilizar a entrada dos entrevistados em “modo automático” – situação na qual o entrevistado tende a repetir que concorda, ou que discorda, ou nem uma coisa nem outra, com todos os enunciados – e induzir os entrevistados a uma rápida reflexão sobre as afirmações.

Os questionários foram aplicados por cinco estudantes de medicina aos médicos das UBS's numeradas em ordem par crescente e depois em ordem ímpar até esgotar a quantidade de pesquisados da amostra.

Os aplicadores foram previamente treinados pelo pesquisador na abordagem dos médicos no local de trabalho no início do expediente dos turnos manhã e tarde. O treinamento ocorreu no início de maio, sendo feito dois encontros de duas horas. Confeccionou-se um Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE E) para facilitar a comunicação e padronizar os procedimentos a serem adotados na coleta de dados, elucidando aos pesquisados os objetivos da pesquisa e de como responder o questionário após a aquiescência em TCLE (APÊNDICE B).

Inicialmente, foi aplicado um pré-teste com seis médicos de UBS's de Teresina de numeração ímpar, no final do mês de maio do corrente ano. Nesta ocasião, cada médico pôde solicitar ao pesquisador os esclarecimentos necessários acerca de possíveis dúvidas na resolução do questionário, assim como sugerir possíveis modificações no instrumento a ser utilizado. Desta forma, foi possível

realizar os ajustes necessários para uma melhor compreensão das questões contidas neste instrumento.

O objetivo deste pré-teste foi o de avaliar o roteiro elaborado e aspectos relativos à condução dos questionários. Após os ajustes pertinentes, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita (FLETCHER & FLETCHER, 2006).

Após prévia articulação junto às direções administrativas das UBS's e depois da autorização da FMS, foram identificados todos os profissionais a serem pesquisados e programada a aplicação dos questionários nos meses de junho e julho do corrente ano.

Diante dos profissionais, foram feitas as considerações acerca da importância da pesquisa a ser realizada, bem como seus principais objetivos. Logo após, receberam os questionários dentro de envelopes, sendo aplicado aos pesquisados que se dispuseram a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O termo contou com os objetivos do questionário (APÊNDICE A), a previsão do sigilo dos dados obtidos, os contatos (endereço e telefone) do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e do pesquisador principal, e a livre decisão de participação do sujeito, desautorizando qualquer forma de pressão ou coação para essa colaboração.

Após uma semana, em horário agendado pelo médico, os aplicadores dos questionários retornaram às UBS pré-selecionadas para recolhimento do instrumento numa urna, preservando a identidade e intimidade do pesquisado.

3.6 Análise e Apresentação dos Dados

As respostas ao questionário foram inicialmente tabuladas usando o Microsoft Excel. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi usado o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica *Microsoft Office Excel* e analisados no programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$.

Foram elaboradas as distribuições de frequência relativa da concordância com as frases respondidas pelos entrevistados, apresentadas em tabelas. Além disso, buscou-se modelar, para cada uma das sentenças, a variação da concordância em função de características objetivas dos indivíduos entrevistados.

Para tanto, a variável dependente “percepção da violência contra a mulher” foi elaborada ao se dividir os entrevistados em 2 grupos: concordância total e parcialmente codificados como 1, e, os demais como 0. Foram considerados, inicialmente seis grupos de características: território de abrangência da UBS, sexo, idade, religião, tempo de formação e especialidade.

As variáveis foram codificadas da seguinte forma:

a) sexo foi codificado com a categoria de interesse sendo a feminina (fem = 1) e a masculina (mas =2);

b) idade foi categorizada em duas faixas: 24 a 59 anos (adultos= 1) e acima de 60 anos (idoso =2);

c) religião foi codificada para identificar três grupos: católicos (cato = 1); evangélico (evan = 1); e demais religiões, ateus e pessoas sem religião (out = 3);

d) tempo de formação foi codificada em: até 25 anos de formado (form25=1); e acima de 25 anos de formado (formacima25=2)

e) especialidade foi categorizada em: sem especialidade (semesp = 1) e com especialidade (comesp = 1).

f) território de abrangência da UBS foi codificado por meio de duas variáveis dicotômicas, a primeira marcando se os indivíduos trabalham na zona rural (zr = 1), e a segunda identificando os que trabalham na zona urbana (zu = 1).

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e, em seguida, submetido à Plataforma Brasil, para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), que obteve aprovação por meio da CAAE nº 09510619.8.0000.5214 e parecer nº 3.221.590, em 25 de Março de 2019 (ANEXO C).

Destaca-se que foram seguidos os princípios da ética, sigilo e confidencialidade. Os sujeitos foram convidados a participar após apresentação dos objetivos do estudo, assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) conforme determina a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, regulamentadora das pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012c).

Os participantes foram beneficiados com o conhecimento da pesquisa na perspectiva de evidenciar a percepções dos médicos sobre de violência contra as mulheres. O pressuposto é de que a compreensão da percepção desses profissionais sobre a violência de gênero, além de identificar quais os procedimentos e intervenções adotados para investigar sua ocorrência, possibilita o desenvolvimento de ações mais significativas no intuito de buscar um olhar mais cuidadoso e atento no acolhimento, na suspeição diagnóstica de violência, no tratamento e no segmento dessa população, promovendo a equidade de gênero e reduzir os agravos.

O risco da pesquisa consiste em produzir algum constrangimento ao participante da pesquisa quando, no instrumento de coleta de dados, houver perguntas relacionados ao aspecto de sua intimidade, como tempo de formação, especialidade, religião, por exemplo.

Para minimizar esses riscos, os questionários foram entregues aos médicos das UBS's e após preenchimento colocou-se dentro de uma caixa arquivo, pelo próprio participante, resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como se utilizou uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e sujeitos do estudo.

4 RESULTADOS

Os resultados são derivados dos questionários aplicados em 158 (cento e cinquenta e oito) médicos da Atenção Básica (AB) do município de Teresina-PI das UBS pré-selecionadas. Esse quantitativo de médicos correspondeu a 63,45% de um universo de 249 (duzentos e quarenta e nove) médicos efetivos e contratados até julho de 2019.

Observa-se na tabela 1 que houve um predomínio de médicos do sexo feminino (64,6%), na faixa etária de 24 a 59 anos (88,0), casados (69,0%), católicos (93,0%), formados em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas (62,7%), com até 10 anos de formados (51,3%) e sem especialidade (53,8%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes. Teresina–PI, 2019 (n=158).

Variáveis	n	%	Média ± DP
Faixa Etária			
De 24 a 59 anos	139	88,0	40,28 ± 13,06
60 anos ou mais	19	12,0	
Gênero			
Feminino	102	64,6	
Masculino	56	35,4	
Estado civil			
Casado	109	69,0	
Solteiro	45	28,5	
Outros	4	2,5	
Religião			
Católico	147	93,0	
Protestante	5	3,2	
Outros	6	3,8	
Instituição de Ensino Superior			
Pública	99	62,7	
Privada	59	37,3	
Tempo de formação			
Até 10 anos	81	51,3	14,78 ± 12,39
Acima de 10 anos	77	48,7	
Especialidade			
Sim	73	46,2	
Não	85	53,8	
Zona			
Rural	20	12,7	
Urbana	138	87,3	

DP = Desvio Padrão

A tabela 2 apresenta a análise das respostas às perguntas adaptadas do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SISP). Destaca-se nas questões referentes a percepção de violência doméstica, maior percepção de discordância quanto a se abordar a violência como assunto de foro íntimo (Q 01 a Q04) e maior percepção de concordância quanto a necessidade de punir os agressores (Q10); no bloco que avalia a percepção de violência psicológica e patrimonial, destaca-se que a maioria dos médicos (39%) concordam que falar mentiras é considerado como violência; e no bloco da violência sexual, apontam-se maiores percentuais de discordância ao se abordar a culpabilização da mulher pela violência sexual.

Tabela 2. Percepção social sobre a violência contra a mulher por médicos da atenção básica. Teresina-PI, 2019 (n=158).

Sistema de Indicadores de Percepção Social - SISP	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem discordo nem concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
01) O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros?	54,4	21,5	2,5	6,3	15,2
02) Em briga de marido e mulher, não se mete a colher?	54,4	22,2	5,7	5,7	12,0
03) A roupa suja deve ser lavada em casa?	41,1	21,5	5,1	14,6	17,7
04) Casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família?	57,0	15,2	5,1	14,6	8,2
05) Mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar?	71,5	12,0	4,4	3,8	8,2
06) Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher?	53,2	13,9	5,1	17,7	10,1
07) É da natureza do homem ser violento?	65,8	10,8	3,2	12,0	8,2
08) A mulher que apanha em casa deve ficar quieta para não prejudicar os filhos?	76,6	11,4	1,9	6,3	3,8
09) Quando há violência, os casais devem se separar?	9,5	13,3	7,0	17,1	53,2
10) O homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia?	5,7	12,0	2,5	16,5	63,3
11) A questão da violência contra as mulheres recebe mais importância do que merece?	62,7	15,8	5,1	6,3	10,1
12) É violência falar mentiras sobre uma mulher para os outros?	31,0	18,4	2,5	8,9	39,2
13) Um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher?	77,2	15,2	3,8	1,3	2,5
14) Dá para entender que um homem rasgue ou quebre as coisas da mulher se ficou nervoso?	82,3	14,6	0,6	1,9	0,6
15) Se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros?	69,6	7,6	6,3	8,2	8,2
16) Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas?	86,1	6,3	5,1	0,6	1,9

Fonte: dados da pesquisa

Na tabela 3, ao analisar a associação entre a faixa etária dos participantes e as 16 frases do questionário, houve significância estatística em quatro assertivas (“O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros”, “Em briga de marido e mulher, não se mete a colher”, “casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família” e “Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher”) havendo maior

percentual de concordância com médicos na faixa etária acima de 60 anos, trazendo a idéia de que médicos dessa faixa etária ainda possuem a percepção que a violência é um fenômeno de foro íntimo.

Ainda na tabela 3, na análise da associação das questões do instrumento com o gênero, houve significância estatística, com maiores percentuais de concordância do gênero masculino em 10 (dez) assertivas, a saber: 01 - *o que acontece com o casal em casa não interessa aos outros* ($p<0,001$); 02 - *em briga de marido e mulher, não se mete a colher* ($p<0,001$); 03 - *A roupa suja deve ser lavada em casa* ($p=0,001$); 04 - *casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família* ($p<0,001$); 05 - *mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar* ($p=0,001$); 06- *Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher* ($p=0,001$); 09- *Quando há violência, os casais devem se separar* ($p=0,004$); 12 - *É violência falar mentiras sobre uma mulher para os outros* ($p=0,011$); 13 - *Um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher* ($p=0,021$); 16 - *Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas* ($p=0,015$). Os achados revelam que para os homens ainda persiste a idéia de que a violência deve ser resolvida somente no âmbito doméstico e a culpabilização da mulher é um componente que ainda persiste na percepção da violência sexual. Porém, percentual significativo compreende que a violência doméstica e familiar contra a mulher não diz respeito somente à violência física, mas também de ordem psicológica e patrimonial.

Tabela 3. Percepção social sobre a violência contra a mulher por médicos da atenção básica segundo a faixa etária e gênero. Teresina-PI, 2019 (n=158). (continua...)

SISP	Faixa etária		p	Gênero		p
	24 a 59 anos n (%)	Acima de 60 anos n (%)		Feminino n (%)	Masculino n (%)	
01) O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros?						
Concorda	26 (18,7)	8 (42,1)	0,026^a	9 (8,8)	25 (44,6)	<0,001^a
Discorda	113 (81,3)	11 (57,9)		93 (91,2)	31 (55,4)	
02) Em briga de marido e mulher, não se mete a colher?						
Concorda	20 (14,4)	9 (47,4)	0,002^a	7 (6,9)	21 (37,5)	<0,001^a
Discorda	119 (85,6)	10 (52,6)		95 (93,1)	35 (62,5)	

SISP	Faixa etária		p	Gênero		p
	24 a 59 anos n (%)	Acima de 60 anos n (%)		Feminino n (%)	Masculino n (%)	
03) A roupa suja deve ser lavada em casa?						
Concorda	42 (30,2)	9 (47,4)	0,109 ^a	23 (22,5)	28 (50,0)	0,001^a
Discorda	97 (69,8)	10 (52,6)		79 (77,5)	28 (50,0)	
04) Casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da						
Concorda	26 (18,7)	10 (52,6)	0,002^a	12 (11,8)	24 (42,9)	<0,001^a
Discorda	113 (81,3)	9 (47,4)		90 (88,2)	32 (57,1)	
05) Mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar?						
Concorda	16 (11,5)	3 (15,8)	0,705 ^b	5 (4,9)	14 (25,0)	0,001^a
Discorda	123 (88,5)	16 (84,2)		97 (95,1)	42 (75,0)	
06) Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher?						
Concorda	35 (25,2)	9 (47,4)	0,044^a	18 (17,6)	26 (46,4)	0,001^a
Discorda	114 (74,8)	10 (52,6)		84 (82,4)	30 (53,6)	
07) É da natureza do homem ser violento?						
Concorda	28 (20,1)	4 (21,1)	0,565 ^b	17 (16,7)	15 (26,8)	0,191 ^a
Discorda	111 (79,9)	15 (78,9)		85 (83,3)	41 (73,2)	
08) A mulher que apanha em casa deve ficar quieta para não prejudicar os filhos?						
Concorda	16 (11,5)	- (0,0)	1,000 ^b	7 (6,9)	9 (16,1)	0,119
Discorda	123 (88,5)	19 (100,0)		95 (93,1)	47 (83,9)	
09) Quando há violência, os casais devem se separar?						
Concorda	100 (71,9)	11 (57,9)	0,161 ^a	80 (78,4)	31 (55,4)	0,004^a
Discorda	39 (28,1)	8 (42,1)		22 (21,6)	25 (44,6)	
10) O homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia?						
Concorda	112 (80,6)	14 (73,7)	0,332 ^a	86 (84,3)	40 (71,4)	0,085 ^a
Discorda	27 (19,4)	5 (26,3)		16 (16,7)	16 (28,6)	
11) A questão da violência contra as mulheres recebe mais importância do que merece?						
Concorda	23 (16,5)	3 (15,8)	1,000 ^b	12 (11,8)	14 (25,0)	0,055 ^a
Discorda	116 (83,5)	16 (84,2)		90 (88,2)	42 (75,0)	
12) É violência falar mentiras sobre uma mulher para os outros?						
Concorda	65 (46,8)	11 (57,9)	0,253 ^b	41 (40,2)	35 (62,5)	0,011^a
Discorda	74 (53,2)	8 (42,1)		61 (59,8)	21 (37,5)	

SISP	Faixa etária		p	Gênero		p
	24 a 59 anos n (%)	Acima de 60 anos n (%)		Feminino n (%)	Masculino n (%)	
13) Um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher?						
Concorda	5 (3,6)	1 (5,3)	0,543 ^b	1 (1,0)	5 (8,9)	0,021^b
Discorda	134 (96,4)	18 (94,7)		101 (99,0)	51 (91,1)	
14) Dá para entender que um homem rasgue ou quebre as coisas da mulher se ficou						
Concorda	4 (2,9)	- (0,0)	1,000 ^b	1 (1,0)	3 (5,4)	0,127 ^b
Discorda	135 (97,1)	19 (100,0)		101 (99,0)	53 (94,6)	
15) Se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros?						
Concorda	23 (16,5)	3 (15,8)	1,000 ^b	13 (12,7)	13 (23,2)	0,141 ^a
Discorda	116 (83,5)	16 (84,2)		89 (87,3)	43 (76,8)	
16) Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas?						
Concorda	3 (2,2)	1 (5,3)	0,404 ^b	- (0,0)	4 (7,1)	0,015^b
Discorda	136 (97,8)	18 (94,7)		102 (100,0)	52 (92,9)	
Total	139 (100,0)	19 (100,0)		102 (100,0)	56 (100,0)	

^a teste do Qui- quadrado; ^b Teste de Fisher

A tabela 4 traz a comparação dos percentuais de concordância/discordância segundo o local de atendimento, possuir especialidade e tempo de formação. A assertiva “é violência falar mentiras sobre as mulheres para os outros”, apresentou significância estatísticas, com maior percentual de concordância em médicos que atuam em unidades básicas de saúde da zona urbana e entre os que possuem especialidade. Quanto ao tipo de formação, é possível observar que houve significância estatística, com maior percentual de concordância em médicos com tempo de formação superior a 25 anos nas assertivas que denotam ideias de violência enquanto fenômeno de foro íntimo (Assertivas 01 a 04) e culpabilização da mulher pela violência sofrida (assertiva 16).

Tabela 4. Percepção social sobre a violência contra a mulher por médicos da atenção básica segundo o local de atendimento e especialidade médica. Teresina–PI, 2019 (n=158). (continua...)

SISP	Local de atendimento		p	Especialidade		p	Tempo de formação		p
	Rural n (%)	Urbano n (%)		Sim n (%)	Não n (%)		Até 25 anos n (%)	Acima de 25 anos n (%)	
01) O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros?									
Concorda	6 (30,0)	28 (20,3)	0,237 ^a	16 (21,9)	18 (21,2)	0,910 ^a	22 (17,7)	12 (35,3)	0,028^a
Discorda	14 (70,0)	110 (79,7)		57 (78,1)	67 (78,8)		102 (82,3)	22 (64,7)	
02) Em briga de marido e mulher, não se mete a colher?									
Concorda	3 (15,0)	26 (18,8)	1,000 ^b	12 (16,4)	16 (18,8)	0,695 ^a	18 (14,5)	11 (32,4)	0,020^a
Discorda	17 (85,0)	112 (81,2)		61 (83,6)	69 (81,2)		106 (85,5)	23 (67,6)	
03) A roupa suja deve ser lavada em casa?									
Concorda	3 (15,0)	48 (34,8)	0,122 ^b	27 (37,0)	24 (28,2)	0,241 ^a	34 (27,4)	17 (50,0)	0,012^a
Discorda	17 (85,0)	90 (65,2)		46 (63,0)	61 (71,8)		90 (72,6)	17 (50,0)	
04) Casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família?									
Concorda	8 (40,0)	28 (20,3)	0,052 ^a	15 (20,5)	21 (24,7)	0,534 ^a	22 (17,7)	14 (41,2)	0,005^a
Discorda	12 (60,0)	110 (79,7)		58 (79,5)	64 (75,3)		102 (82,3)	20 (58,8)	
05) Mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar?									
Concorda	4 (20,0)	15 (10,9)	0,267 ^b	5 (6,8)	14 (16,5)	0,064 ^a	15 (12,1)	4 (11,8)	0,612 ^a
Discorda	16 (80,0)	123 (89,1)		68 (93,2)	71 (83,5)		109 (87,9)	30 (88,2)	
06) Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher?									

SISP	Local de atendimento		ρ	Especialidade		ρ	Tempo de formação		ρ
	Rural n (%)	Urbano n (%)		Sim n (%)	Não n (%)		Até 25 anos n (%)	Acima de 25 anos n (%)	
06) Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher?									
Concorda	3 (15,0)	41 (29,7)	0,284 ^b	16 (21,9)	28 (32,9)	0,123 ^a	28 (22,6)	16 (47,1)	0,006^a
Discorda	17 (85,0)	97 (70,3)		57 (78,1)	57 (67,1)		96 (77,4)	18 (52,9)	
07) É da natureza do homem ser violento?									
Concorda	7 (35,0)	25 (18,1)	0,077 ^a	10 (13,7)	22 (25,9)	0,057 ^a	24 (19,4)	8 (23,5)	0,374 ^a
Discorda	13 (65,0)	113 (81,9)		63 (86,3)	63 (74,1)		100 (80,6)	26 (76,5)	
08) A mulher que apanha em casa deve ficar quieta para não prejudicar os filhos?									
Concorda	4 (20,0)	12 (8,7)	0,124 ^b	5 (6,8)	11 (12,9)	0,206 ^a	14 (11,3)	2 (5,9)	0,525 ^b
Discorda	16 (80,0)	126 (91,3)		68 (93,2)	74 (87,1)		110 (88,7)	32 (94,1)	
09) Quando há violência, os casais devem se separar?									
Concorda	14 (70,0)	97 (70,3)	0,583 ^a	53 (72,6)	58 (68,2)	0,549 ^a	94 (75,8)	17 (50,0)	0,004^a
Discorda	6 (30,0)	41 (29,7)		20 (27,4)	27 (31,8)		30 (24,2)	17 (50,0)	
10) O homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia?									
Concorda	19 (95,0)	107 (77,5)	0,079 ^b	58 (79,5)	68 (80,0)	0,932 ^a	97 (78,2)	29 (85,3)	0,258 ^a
Discorda	1 (5,0)	31 (22,5)		15 (20,5)	17 (20,0)		27 (21,8)	5 (14,7)	
11) A questão da violência contra as mulheres recebe mais importância do que merece?									
Concorda	4 (20,0)	22 (15,9)	0,746 ^b	8 (11,0)	18 (21,2)	0,084 ^a	19 (15,3)	7 (20,6)	0,309 ^a
Discorda	16 (80,0)	116 (84,1)		65 (89,0)	67 (78,8)		105 (84,7)	27 (79,4)	

SISP	Local de atendimento		p	Especialidade		p	Tempo de formação		p
	Rural n (%)	Urbano n (%)		Sim n (%)	Não n (%)		Até 25 anos n (%)	Acima de 25 anos n (%)	
12) É violência falar mentiras sobre uma mulher para os outros?									
Concorda	4 (20,0)	72 (52,2)	0,008^b	43 (58,9)	33 (38,8)	0,012^a	55 (44,4)	21 (61,8)	0,054 ^a
Discorda	16 (80,0)	66 (47,8)		30 (41,1)	52 (61,2)		69 (55,6)	13 (38,2)	
13) Um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher?									
Concorda	- (0,0)	6 (4,3)	1,000 ^b	3 (4,1)	3 (3,5)	1,000 ^b	3 (2,4)	3 (8,8)	0,114 ^b
Discorda	20 (100,0)	132 (95,7)		70 (95,9)	82 (96,5)		121 (97,6)	31 (91,2)	
14) Dá para entender que um homem rasgue ou quebre as coisas da mulher se ficou nervoso?									
Concorda	- (0,0)	4 (2,9)	1,000 ^b	1 (1,4)	3 (3,5)	0,625 ^b	3 (2,4)	1 (2,9)	1,000 ^b
Discorda	20 (100,0)	134 (97,1)		72 (98,6)	82 (96,5)		121 (97,6)	33 (97,1)	
15) Se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros?									
Concorda	4 (20,0)	22 (15,9)	0,746 ^b	11 (15,1)	15 (17,6)	0,663 ^a	17 (13,7)	9 (26,5)	0,069 ^a
Discorda	16 (80,0)	116 (84,1)		62 (84,9)	70 (82,4)		107 (86,3)	25 (73,5)	
16) Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas?									
Concorda	- (0,0)	4 (2,9)	1,000 ^b	2 (2,7)	2 (2,4)	1,000 ^b	1 (0,8)	3 (8,8)	0,032^b
Discorda	20 (100,0)	134 (97,1)		71 (97,3)	83 (97,6)		123 (99,2)	31 (91,2)	
Total	20 (100,0)	138 (100,0)		102 (100,0)	56 (100,0)		124 (100,0)	34 (100,0)	

^a teste do Qui- quadrado; ^b Teste de Fisher

5 DISCUSSÃO

A pesquisa apresentada teve como objetivo avaliar a percepção dos médicos na atenção primária à saúde sobre violência contra a mulher. Os principais resultados aqui apresentados indicam uma ambiguidade nos discursos, pois ora observam-se médicos concordando com a frase "o que acontece em casa não interessa aos outros" ora concordando com a assertiva "quando há violência, os casais devem se separar" ou "é violência falar mentiras sobre uma mulher aos outros". O que se extrai também, conforme Lima Filho (2014), é que o primado do homem sobre a mulher ainda é bastante aceito pela população, mas a violência física não é tolerada. Ao mesmo tempo em que a privacidade do casal e a percepção de que desavenças havidas na família devem ser resolvidas privadamente surgem com grande aceitação, é majoritária a concordância com a punição de prisão para maridos agressores (CASTRO, 2016).

Fazendo um paralelo com outros estudos sobre violência de gênero, como o Atlas da Violência do IPEA organizado por Cerqueira (2018), algumas das hipóteses dessa análise baseavam-se na crença de que a percepção dos médicos da violência contra a mulher poderiam variar de acordo com o perfil do respondente em termos de gênero, idade, tempo de formação, estado civil, religião, instituição de ensino superior de formação, zona da cidade onde realiza atendimento e se possui ou não especialização.

Quando se analisa os resultados sociodemográficos do estudo, observa-se que há um predomínio de médicas (64,6%) e profissionais entre 24 a 59 anos (88%). Estes dados estão em sintonia com o censo médico realizado pelo CFM em entre 2015 a 2017 e publicado em 2018 que indica que o crescimento da população médica vem sendo acompanhado de uma mudança no perfil de idade e de gênero desse grupo, acentuando-se processos de feminização e de juvenização da categoria no Brasil. Atualmente, os homens ainda são maioria entre os médicos brasileiros, com 54,4% do total profissionais, ficando as mulheres com uma representação de 45,6%. Porém, essa distância vem caindo a cada ano, sendo que o sexo feminino já predomina entre os médicos mais jovens, sendo 57,4%, no grupo até 29 anos, e 53,7%, na faixa entre 30 e 34 anos (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2018).

Quando se trata de local formação, tempo de formatura médica e especialização realizada, verifica-se que a maioria dos pesquisados são oriundos de

instituição superior pública (62,7%) e sem especialização (53,8%). Apesar de um quantitativo expressivo de médicos contarem com tempo de formação superior a 10 anos (cerca de 48,7%), verifica-se que há um descompasso na qualificação. Conforme a Pesquisa Demografia Médica no Brasil (2018), do total de médicos em atividade no País, 62,5% têm um ou mais títulos de especialista. Por outro lado, 37,5% não têm título algum. A razão é de 1,67 especialista para cada generalista enquanto no Nordeste essa razão é de 1,34 especialista para cada generalista (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2018).

A religião predominante dos médicos da AB pesquisados é a católica (93%). Apesar dessa perspectiva de professar a fé influencia na maneira de pensar, agir e ser, principalmente nas questões relativas a ideologia de gênero, para a pesquisa, a religião dos médico das UBS não trouxe associação significativa com as questões referentes a violência contra a mulher. No entanto, existem claros vínculos entre as dimensões do sagrado e a violência na construção de uma subjetividade conflitiva. As atitudes, os desejos, os sentimentos, são manifestações de tradições produzidas e reproduzidas coletivamente. As representações socioculturais de homens e mulheres, que evocam a desigualdade social baseada na diferença sexual, são sacramentadas pela religião, naturalizando, dessa forma, a violência de gênero. A própria representação da divindade cristã como masculina é um indicador do lugar privilegiado de poder do homem em nossa sociedade. Isso é materializado, por exemplo, no exercício do poder eclesiástico, em que, a despeito do fato de o contingente feminino nas religiões, de maneira geral, ser significativamente superior ao masculino, efetivamente há muito mais homens do que mulheres nos postos mais altos (SOUZA; SANTOS, 2015).

Em um contexto no qual o Estado se admite laico, não raras vezes a moral sexual cristã se impõe sobre o tratamento que parlamentares, juízes, policiais e médicos conferem a questões relacionadas às mulheres e seus direitos. A alegação de “objeção de consciência” para justificar o não atendimento de mulheres que buscam os serviços públicos de saúde nos casos de aborto previstos na lei pauta-se frequentemente no apelo à ética cristã. O profissional da saúde, funcionário do Estado, recorre ao argumento religioso para não prestar atendimento a essas mulheres (SILVA, 2015).

O questionário adaptado do Sistema de Percepção Social do IPEA, utilizado na coleta de dados, permite aglutinar as questões em quatro fatores

(CERQUEIRA, 2014): “visão social”, “controle”, “dominação” e de “neutralização da violência”. Frases como “O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros”, *“em briga de marido e mulher, não se mete a colher”*; *“a roupa suja deve ser lavada em casa”*, *“casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família”* e *“mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar”*, constituem exemplo de afirmações de “visão social” pois reúne as questões que tratam da perspectiva e do papel “de quem está fora” na percepção, intervenção e julgamento do papel de homens e mulheres no relacionamento (IPEA, 2014).

No fator denominado “controle” agrupam-se frases com conteúdos ligados a controles da mulher, sejam sociais, psicológicos ou físicos, como , *“se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros”*, *“dá para entender que um homem rasgue ou quebre as coisas da mulher se ficou nervoso”* e *“mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas”*. O mesmo autor acrescenta que o fator, “dominação”, reúnem frases que deixavam claro algum poder de dominação do homem, como *“a mulher que apanha em casa deve ficar quieta para não prejudicar os filhos”* e *“um homem pode xingar e gritar com sua mulher”*. E o último fator, agrupa frases que naturalizam a violência e comportamentos agressivos como sendo parte do homem (*“É da natureza do homem ser violento”*, *“quando há violência o casal deve se separar, “o homem que bate na mulher tem que ir para cadeia”* e *“ dá para entender que um homem que nasceu em família violenta agrida sua mulher”*), tendo por isso sido denominado de “neutralização”.

Observa-se que médicos com faixa etária acima de 60 anos apresentam uma percepção social da violência contra a mulher dentro dos fatores “visão social” e “neutralização da violência” diferente da percepção de médicos mais jovens, pois a percebem como um problema de foro íntimo, em que não cabe a intervenção de “pessoas de fora” para a sua resolução, além de considerar como justificativa para o comportamento agressivo a vivência da violência na sua família de origem. Essa mesma percepção é percebida quando se compara os gêneros, sendo que o gênero masculino apresenta diferenças estatísticas significantes com o feminino também no fator “controle da mulher” ao concordarem com a culpabilização da mulher pela violência sexual.

Neste aspecto, Passinato (2015) explica que esses fatores estão ligados ao primado da masculinidade. Para se compreender a complexa natureza da violência

entre a população masculina contra as mulheres, a autora, revisitado reflexões partilhada por outros autores, entende que o poder patriarcal constitui um ambiente que tem como principal função a manutenção do poder da população masculina fruto de uma sociedade dominada por homens e estruturada na hierarquia e violência de homens sobre mulheres. Acrescenta que as violências cometidas pelos homens não acontecem apenas devido às desigualdades de poder, mas também, a uma crença de merecimento de privilégios que devem ser concedidos pelas mulheres. Ela defende que a violência contra a mulher é abertamente permitida e até estimulada pelos costumes sociais, códigos penais e por algumas religiões.

Conforme Gutmann (2014), “*em briga de marido e mulher, não se mete a colher*” e “roupa suja deve ser lavada em casa” são ditados populares mais reproduzidos pelos brasileiros tendo sua origem em um passado extremamente conservador, machista e patriarcalista, sugerindo que ninguém se envolva em problemas de outros casais, por mais graves que sejam, de tal modo a refletir na maneira de ver a situação de violência contra as mulheres pelos médicos lotados na UBS’s de Teresina. A concordância com as frases reforçando a tese da primazia do patriarcado (LIMA; BRUCHELE; CLIMACO, 2014). No entanto, não há justificativas para a agressão contra as mulheres, seja ela física, psicológica, moral, sexual ou patrimonial. Entre os principais fatores que levam as mulheres a ficarem caladas diante desse tipo de violência está a vergonha, o fato de não confiar na justiça, o medo de perder a guarda dos filhos ou fazê-los sofrer, ficarem desamparadas financeiramente ou, até mesmo o medo de morrer. Infelizmente, a cultura machista ainda faz com que as mulheres se sintam culpadas pelas agressões sofridas (ANDRADE, 2018).

Neste contexto, a crença da supremacia masculina ancora-se no modelo patriarcal, segundo o qual os homens detém o poder da família, dos filhos, da mulher. Essas relações assimétricas colocam a mulher em uma posição de subserviência em relação ao homem. Em uma relação conjugal ancorada na desigualdade de gênero, a mulher acata o desejo e/ou imposições do cônjuge, por vezes se anulando enquanto sujeito para se submeter à vontade do outro, a exemplo da recusa do companheiro em usar preservativo nas relações sexuais, vulnerabilizando-as para a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (DOURADO; NORONHA, 2014).

Butler (2014) acrescenta que para desenvolver seus poderes individuais e sociais, os homens constroem armaduras que os isolam do contato afetivo com o

próximo e da arena do cuidado, seja esse cuidado para outros ou para ele mesmo. Cria-se também uma armadura psicológica da masculinidade constituída a partir da negação e rejeição de qualquer aspecto que possa parecer feminino. Bonvicino (2018), confere que existe uma ordem de pressão psíquica desencadeando em violência doméstica, onde os homens são educados desde a infância para não experienciar ou expressar emoções e sentimentos como medo, dor e carinho. A raiva, por outro lado, é uma das poucas emoções permitidas e, assim, outras emoções são canalizadas por esse canal.

Neste viés, Lucena et al (2017) explica que a justificativa para se considerar a neutralização da violência contra a mulher reside num processo sócio-cultural de construção da identidade, tanto masculina, quanto feminina, que ao menino é ensinado a não maternar, não exteriorizar seus sentimentos, fraquezas e sensibilidade, a ser diferente da mãe e espelhar-se no pai, provedor, seguro e justiceiro; em contrapartida, à menina acontece o oposto, ela deve identificar-se com a mãe e com as características definidas como femininas: docilidade, dependência, insegurança, entre outras. Essa posição de desigualdade é uma explicação para seu comportamento viril e violento.

Também experiências passadas influenciam na gênese do problema violência do homem contra a mulher. O fato de muitos homens crescerem observando atos de violência realizados por outros homens - muitas vezes seus pais - pode caracterizar tais situações como a norma a ser seguida (LIMA; BRUCHELE; CLIMACO, 2014).

Quanto à culpabilização da mulher pela violência sexual, segundo Prazeres (2014), por trás da afirmação, está a noção de que os homens não conseguem controlar seus apetites sexuais; então, as mulheres, que os provocam, é que deveriam saber se comportar, e não os estupradores. Bonetti et al (2016) acrescentam que esse tipo de reação é frequentemente relatado pelas mulheres em atendimentos recebidos nos serviços de justiça, de segurança, de saúde. No entanto, o reconhecimento de tanto violência física como psicológica, como também a compreensão das sanções legais no caso de agressão, faz com que os profissionais tenham uma percepção menos tolerante a esses tipos de violência.

A pesquisa, entretanto aponta um paradoxo: se de um lado, revela que os homens tratam a violência contra a mulher como um assunto privado, a ser resolvido no âmbito doméstico, por outro, sugere uma intolerância em relação à violência a

ponto de concordar com a separação e apunição através de privação de liberdade. Tal achado pode ser explicado pela mínima compreensão da efetividade da Lei Maria da Penha, no seu âmbito doméstico e familiar demonstrando os diversos tipos de mecanismos de amparo e proteção que essa Lei disponibiliza para as mulheres (FAÇANHA,2016).

Para Passinato (2015), o que as vítimas desejam é romper o ciclo da violência, até mesmo as poucas mulheres que desejam a separação, no caso de violência conjugal, não almejam a persecução penal do agressor; elas preferem que a coesão familiar seja mantida, especialmente quando há filhos envolvidos. E quando acionam o sistema de justiça criminal, muitas vezes estão querendo usar a ameaça de uma possível condenação, com objetivo de fazer cessar os atos violentos.

Outro paradoxo apontado é o alto percentual de discordância com a afirmação de que *“a questão da violência contra as mulheres recebe mais importância do que merece”*. Isso coaduna com os apontamentos de Assis et al (2017), informando ser um sinal positivo de que o grande espaço que a questão tem ganhado nos últimos anos na mídia e mesmo na agenda governamental, sendo percebido como condizente com sua relevância para a vida das mulheres. Mais importante ainda é que a tendência a discordar é uma tônica em todas as variáveis apresentadas na pesquisa.

Quanto ao local de atendimento o estudo aponta que houve discordância quanto à questão *“É violência falar mentiras sobre uma mulher para os outros”*, em que os médicos da zona rural não concordaram que seria uma forma de violência. Rodrigues (2014) aponta que violência contra a mulher não remete somente à situação em que marcas físicas possam referendar o ato em si, embora se saiba que dentro de uma primeira impressão sobre o tema, a violência física e a sexual são as mais proeminentes em expressão e reconhecimento. É na violência psicológica, praticada nos entremeios do cotidiano, que se registra o pontapé inicial para um processo de violência que pode culminar em situações de agravo . De acordo com os apontamentos de Hasse e Vieira (2015), há uma compreensão dos profissionais da área de saúde que a violência não reside apenas no seu espectro físico, tendo o componente psicológico associado, entretanto, este estudo demonstra que a calúnia ainda não é percebida como ato de violência.

Conforme Zanello e Pedrosa (2017), a frequência com que ocorrem a violência contra as mulheres faz com que haja uma visão banalizada tanto pelos

moradores como pelos profissionais da saúde. Para os moradores, a violência familiar é considerada como uma forma de orientação educacional dos pais com os filhos; já para os profissionais, ela é identificada como uma maneira usada pelas famílias para a solução de alguns conflitos. Sendo assim, os médicos dessa área até reconhecem a violência, conforme as respostas dadas nas outras assertivas, mas reafirmam que as questões da intimidade do casal sejam resolvidas no recinto do lar, sem interferências externas.

Apesar do maior percepção popular da violência física e sexual, a violência moral vem sendo percebida pelos profissionais da área de saúde, notadamente quando há hostilidades sobretudo no fim relacionamentos, quando homens utilizam redes sociais para injuriar, difamar ou caluniar mulheres com inverdades. No arfã da vingança, utilizando de vídeos, de fotos íntimas produzidas pelo casal – material que foi, muitas vezes, feito com consentimento, na intimidade e não para serem publicizados – e que o ex-marido ou ex-companheiro, ressentido, expõe tudo isso na rede. Acaba que, além da grave violência psicológica desencadeada, muitas mulheres têm que abandonar emprego, a escola, às vezes até a cidade, tamanha é a repercussão negativa, sempre para a mulher (PRAZERES, 2014).

Essa mesma assertiva apresentou discordância significativa entre médicos com ou sem especialidade. O profissionais que não possuem algum tipo de especialização também discordando que seria uma forma de violência contra a mulher.

Pedrosa e Spink (2011), assevera que a inclusão da temática violência na estrutura curricular do curso de Medicina ainda surge de forma incipiente e superficial. Os profissionais entraram em contato com essa temática apenas quando discutem o atendimento a crianças e adolescente vítimas de violência e quando abordam a violência sexual. Porém, o enquadre dado a essa discussão não aborda questões transversais da violência, como gênero, raça/etnia e classe social. Nas disciplinas propedêuticas, essas questões não são inseridas em uma discussão político-social, estando ainda centradas na abordagem saúde-doença-conduta.

Hasse (2014) também acrescenta que o maior entrave no atendimento das mulheres vítimas de violência está no próprio profissional de saúde e envolve questões que variam desde a formação inadequada até a ocorrência de conflitos morais e éticos que culminam em culpabilização das vítimas pela situação de violência sofrida. Para o autor, há um desconhecimento sobre o fenômeno da

violência e seus diferentes matizes, prejudicando, dessa maneira, a assistência oferecida às mulheres que vivenciam essa problemática. De modo geral, os profissionais reconhecem o problema como questão de saúde pública, mas acreditam na responsabilização de outros setores públicos. No entanto, após instituição de educação permanente em saúde ou mesmo especializações, potencializam atendimentos humanizados, integrais e de qualidade, que mobilizam as atitudes dos profissionais diante das vítimas de violência. Acrescenta também que as mudanças pedagógicas nos currículos do ensino médico são estratégias significativas para o enfrentamento da violência nos serviços, por demandar transformação das concepções e práticas dos profissionais, ainda muito centradas no enfoque biomédico.

Neste aspecto, Bonvicino (2018) explica que, apesar da mídia, de modo geral, constitui um importante meio na construção de subjetividades, dando maior visibilidade a violência contra as mulheres muitas vezes adota discursos patriarcalistas na exposição dos fatos e a naturalização da concepção de que o homem possui justificativas para agredir a mulher, evidenciando que muitas vezes a culpa das agressões é atribuída à mulher ou à suas atitudes, retirando a responsabilidade do agressor pelos seus atos. Desta forma, talvez médicos sejam influenciados por este discurso minimizando assim a importância sobre o tema.

Quanto ao tempo de formação, este estudo aponta que médicos com mais de 25 anos de formação também possuem uma percepção da violência contra a mulher enquanto problema de foro íntimo, neutralizado pela natureza do homem e, nos casos de violência sexual, a concordância com a culpabilização da mulher. Tal resultado pode residir no fato da formação desses médicos ter se baseado em um modelo tradicional, em que a temática da violência contra a mulher não era discutida nos conteúdos programáticos.

Atualmente a preocupação com a formação em saúde tem impulsionado processos de mudança curricular na educação médica, que propõem a formação de profissionais capazes de refletir acerca das questões sociais e prestar atenção integral e humanizada às pessoas, e saibam tomar decisões considerando o contexto em que vivem os pacientes, as medidas mais eficazes e os recursos disponíveis. Nesse sentido, a abordagem da violência de gênero nos serviços de saúde demanda práticas congruentes com essa perspectiva, em que o profissional se posiciona como facilitador do processo terapêutico, construindo estratégias com as

usuárias que contemplem e respeitem seu contexto social e suas singularidades (PEDROSA; SPINK, 2001).

5.1 Limitações e Sugestões

Avaliando a pesquisa realizada, cabe ressaltar, conforme Carlotto e Palazzo (2006), alguns fatores negativos das pesquisas com questionários que podem explicar a baixa concordância total com as afirmativas propostas. Os fatores giram em torno basicamente do indivíduo, muitas vezes, não discriminar com clareza os controles (como as regras sociais) aos quais está submetido, o que dificultaria a identificação com as afirmativas do questionário aqui proposto; e que algumas afirmativas do instrumento podem controlar respostas que não correspondem ao que pensam ou falam, uma vez que poderia ser socialmente punitivo concordar com algumas frases contidas no instrumento.

Outros fatores que podem ter controlado as respostas dos participantes, foi a utilização da alternativa "concordo parcialmente" que pode ter funcionado como fuga para aquelas pessoas que não queriam tomar uma posição entre os extremos.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo explora um tema relevante e atual para a área da saúde pública, visto sob a ótica dos profissionais. Os resultados apontam que há algo aparentemente paradoxal no fato de parte expressiva dos entrevistados concordar com a prisão para o marido violento – que poderia ser vista como a intromissão da colher do Estado na briga do casal, com a inexorável consequência de tornar pública a lavagem da roupa suja. Tais percepções podem estar relacionadas à alienação gerada pelo trabalho, que não permite que cada caso seja visto individualmente e proponha uma reflexão sobre as necessidades reais das mulheres.

Entretanto, esta contradição se desfaz ao se considerar que os médicos aderem majoritariamente a uma visão de família nuclear patriarcal, ainda que sob uma versão contemporânea, atualizada, transcendendo fronteiras de idade, sexo, religião, tempo de formação, Instituição de origem, especialização e local de atendimento. Embora o homem ainda seja percebido como chefe da família, seus direitos sobre a mulher não são irrestritos, e excluem as formas mais abertas e extremas de violência. Um homem deve tratar bem sua esposa, e, enquanto o fizer, rugas “menores” devem ser resolvidas no espaço privado. A esposa, por sua vez, deve “se dar ao respeito”, se comportar segundo o papel prescrito pelo modelo. Mas, se os conflitos se tornarem violentos, o casal deve se separar, a mulher não deve tolerar violência pelos filhos, e, se o marido bater, é caso para intervenção do público na esfera privada.

De maneira geral, conclui-se que os médicos do sexo masculino, especialistas, com mais de 25 anos de formação e que detém mais de 60 anos são menos tolerantes a violência contra as mulheres, repudiando a agressões físicas, sexuais e psicológicas.

Seria prematuro concluir, com base nesses resultados, pela baixa tolerância à violência contra a mulher entre os pesquisados todos os pesquisados. Mesmo que haja uma percepção de violência contra a mulher pelos médicos aos modelos patriarcais com versão contemporânea, podemos destacar que essa violência ainda se encontra num plano de invisibilidade, além de ser por vezes ignorada e negligenciada, visto que muitos profissionais não se sentem seguros, nem capacitados para lidar com mulheres expostas à situação de violência.

A qualificação desses profissionais sobre violência de gênero pode contribuir para a melhoria da prática assistencial. A reflexão e a discussão da prática assistencial, na perspectiva do gênero, podem subsidiar os profissionais na construção de condutas e fazer com que pensem em mecanismos que suplantem as dificuldades conjugais de mulheres e homens que vivem em situação de violência, geradas pelas desigualdades de gênero e que tensionam as relações.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, V. R. P.. **A Ilusão de Segurança Jurídica: do Controle da Violência à Violência do Controle Penal**. Livraria do Advogado Editora, p 50-56, 2018
- ASSIS, S. G.; DELANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. . **Atendimento a pessoas vítimas de violência pelo Sistema Único de Saúde**. In: Maria Cecília de Souza Minayo e Simone Gonçalves de Assis. (Org.). *Novas e velhas faces da violência no Século XXI*. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, v. 1, p. 271-296.
- AZEREDO, Y. N..**Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017
- BANDEIRA, L. M. ; ALMEIDA, T. M. C.. **Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha**. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2015, vol.23, n.2, pp.501-517.
- BEIRAS, A. ; NASCIMENTO, M.. **Homens e violência contra mulheres: pesquisas e intervenções no contexto brasileiro**. Rio de Janeiro: Instituto Noos. 2017.
- BONETTI, A.; PINHEIRO, L.; FERREIRA, P.. **Violência contra as mulheres e direitos humanos no Brasil: uma abordagem a partir do Ligue 180**. Paper. Anais Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 25-28/ago., p. 1-21, 2016.
- BONVICINO, M. T. R.; BLAY, E. A. (2018). **Ativismo digital feminista: a internet como ferramenta na luta pela proteção dos direitos das mulheres**. Universidade de São Paulo, São Paulo..
- BRASIL. Ministério da Saúde, CNS/CONEP. **Resolução CNS nº 466 de 2012**.
- CASTRO, A. L. C. **Violência de gênero e reparação por dano moral na sentença penal**. *Boletim IBCCrim*, v. 24, n. 280, p. 13-14, mar. 2016.
- CERQUEIRA, D. R. C. et al. **Atlas da Violência – 2017**. Rio de Janeiro: Ipea/FBSP. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf. Acesso em: 13 set. 2018.
- DA SILVA, L. L. et al. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica**. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 11, n. 21, p. 93103, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf> (acesso em 27/07/19)
- DATASENADO. **Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher**. Senado Federal, Secretária de Transparência. Brasília, março de 2018. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2018.pdf. Acesso em: 16 out. 2018a

_____. **Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres.** Senado Federal, Secretária de Transparência / pesquisa OMV/DataSenado. – Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018b.

DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 18 out. 2018

DOURADO, S.M; NORONHA, C.V.. **A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas.** Revista de Saúde Coletiva: *Physis*. vol.24, n.2, pp.623-643. 2014,

FAÇANHA, J. F. **Lei Maria da Penha e Poder Judiciário:** entendimento jurisprudencial do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Barra Livros, 2016.

FELERICO, S.. **Mulher: corpo, consumo & comunicação**>disponível em <https://selmafelerico.blogspot.com.br/2017/04/>> Acesso em 18 out. 2018

FERNANDES, C.L.C et al. **Violência na atenção primária à saúde.** In: sociedade Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade. PROMEF – programa de Atualização em Medicina da Família e da Comunidade: Ciclo 13. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018.p. 9-40.

FERNANDES, V. D. S. **Lei Maria da Penha o processo penal no caminho da efetividade: abordagem jurídica e multidisciplinar (inclui Lei de feminicídio).** 1. ed. São Paulo: Atlas, 2015. ISBN-10 8597000414; ISBN-13 978- 8597000412.

FIOCRUZ. **Dicionário Feminino da Infâmia – Acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**”, 2015.

FLACSO BRASIL. **Mapa da Violência, 2015. Homicídio de Mulheres no Brasil. 2015.** Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-publicacoes/mapaviolencia_2015_mulheres.pdf (acesso em 30/07/19)

FLETCHER, R.; FLETCHER, S. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. p. 179-201.

FONSECA, P. M.; LUCAS, T. N. S. **Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas.** 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Salvador, 2006.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Unidade básica de saúde- ubs. Disponível em: <http://fms.teresina.pi.gov.br/ubs/2018/10>. Acesso em: 18 out. 2018
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. <Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em 20 Mai. 2018.

GUIMARÃES, I. S.; MOREIRA, R. A. **Lei Maria da Penha: aspectos criminológicos, de política criminal e do processo penal**. 4. ed., revista, atualizada e ampliada com anotações sobre o feminicídio. Curitiba: Juruá, 2017.

GUTMANN, M. O machismo. **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia**, n. 34, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.uff.br/index.php/antropolitica/article/view/170/126>

HASSE, M.; VIEIRA, E.M.. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**. 2014;38(102):482-93.

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Atlas da Violência**. 2018. Disponível em: [Disponível em: <http:// www.ipea.gov.br/atlasviolencia/contato>](http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/contato). Acesso em: 19 dez. 2018

KRUG E. G.; DAHLBERG L.L.; MERCY J.A.. **Word report on violence and health**. Genebra: OMS; 2002.

LEI N. 11.340 de 7 de agosto de 2006. (2006). Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 10 out. 2018

LIMA FILHO, A. A. **Lei Maria da Penha comentada: comentários a lei de violência doméstica e familiar contra a mulher**. Leme, SP: Mundo Jurídico, 2014.

LIMA, D.C.; BUCHELE, F.; CLIMACO, D.A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saude soc.**; vol. 17, n. 2, p. 69-81, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200008>

LUCENA, K.D.T. et al. **Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901> Acesso em: 18 out. 2018.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no Século XXI**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. v. 1.

MOREIRA, M.A.; SANTANA, T.M. **Impactos da violência perpetrada contra adolescentes na qualidade de vida**. Arq Ciênc Saúde. 2016; 23(4):54-60. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.4.2016.484> >. Acesso em 20 mai. 2018

NJAINEK, A. S.; CONSTANTINO, P., organizadores. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência**, 2014.

PASINATO, W. . **Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha**. Revista Direito GV, v. 11, p. 407-428, 2015.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saude soc.**, vol., no.1, p. 124-35, Jan./Mar. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>

PRAZERES, V. **Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção** nos serviços de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.

ROCHA, L. F.. **A violência contra a mulher e a Lei “Maria da Penha”**: alguns apontamentos. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 13, mar. 2018. ISSN 1984-9044. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/957>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

RODRÍGUEZ-BOLAÑOS, R.A.; MÁRQUEZ-SERRANO, M.; KAGEYAMA-ESCOBAR, M.L. **Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua**. *Salud Publica Mexico*, v.47, n.2, p.134-44, 2005.

SANTOS, G. E. O.. **Cálculo amostral: calculadora on-line**. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 17 de out. 2018.

SCHRAIBER, L.B. et al. **Violência vivida: a dor que não tem nome**. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SILVA, V. G.. **Intolerância religiosa: impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

SOUZA, S. D.; SANTOS, N. P. (orgs.). **Estudos feministas e religião: tendências e debates**. Curitiba: Prisma, 2014. 304p.

TAVARES, A.C.C. NERY, I.S. **Violência doméstica conjugal contra as mulheres: uma reflexão acerca da dimensão simbólica proposta por Pierre Bourdieu**. www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/paper/view/125. 2012

VERAS, É. V. C. O.; COSTA, J.; & CASTRO, M. I.. **Programa de agressores como parte da resposta coordenada da comunidade – a experiência do grupo reflexivo de homens no Ministério Público do Rio Grande do Norte**. *Fides: Revista de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade*, 5(1), p. 65-83. 2014. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=15488>>. Acesso em 10 de out. 2018.

ZANELLO, V. ; PEDROSA, M. **(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 32 n. esp., pp. 1-8, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32nspe/1806-3446-ptp-32-spe-e32ne214.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

APÊNDICES

APÊNCICE A – QUESTIONÁRIO DE TOLERÂNCIA SOCIAL SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES*

Dados pessoais

idade: _____; sexo: () masc. () fem

Estado civil: () solteiro () casado () união estável () separado/divorciado

Religião: () católico () protestante () outros

Formado em IES: () pública () particular - Tempo de formado: _____

Sem Especialização () Com Especialização () qual? _____


Percepção sobre violência doméstica	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	Nem concordo/ nem discordo	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
01) O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros?					
02) Em briga de marido e mulher, não se mete a colher?					
03) A roupa suja deve ser lavada em casa?					
04) Casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família?					
05) Mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar?					
06) Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher?					
07) É da natureza do homem ser violento?					
08) A mulher que apanha em casa deve ficar quieta para não prejudicar os filhos?					
09) Quando há violência, os casais devem se separar?					
10) O homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia?					
11) A questão da violência contra as mulheres recebe mais importância do que merece?					
Percepção sobre violência psicológica e patrimonial	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	Nem concordo/ nem discordo	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
12) É violência falar mentiras sobre					

uma mulher para os outros?					
13) Um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher?					
14) Dá para entender que um homem rasgue ou quebre as coisas da mulher se ficou nervoso?					
Percepção sobre violência sexual	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	Nem concordo/nem discordo	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
15) Se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros?					
16) Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas?					

*Questionário adaptado do Sistema de Indicadores de Percepção Social - SISP - do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA

APÊNDICE B – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ / PRÓ-REITORIA PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
 Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bloco 12 - Bairro Ininga, Teresina,
 Piauí, 64049-550
 Telefones: (86) 3215 5881

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar do estudo **“PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**. Neste estudo pretendemos apurar aspectos das percepções dos médicos sobre tolerância social de violência contra as mulheres nas unidades de saúde de Teresina-PI. Este estudo será coordenado pela Prof. Dr. Viriato Campelo e executado pelo mestrando Joaquim José Marques da Silva do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

A sua participação na pesquisa consistirá em responder a um questionário adaptado do Sistema de Indicadores de Percepção Social – SISP – do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, composto por 16 frases relacionadas à tolerância à violência contra mulher. Os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento ao participante do estudo quando houver perguntas relacionados aos aspectos de sua intimidade (gênero, especialidade, religião, tempo de formação), sendo minimizado considerando que os questionários serão entregues em envelopes lacrados, garantindo-lhes a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem. Serão também garantidos o direito de ressarcimento em caso de dano causado pela pesquisa e à assistência integral, gratuita, devido a danos decorrentes de sua participação pelo tempo que for necessário.

Para participar desse estudo, o Sr(a) deverá assinar este documento, chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que uma via ficará com o Sr(a) e a outra ficará conosco e ambas serão assinadas tanto por mim como pelo Sr(a). Os dados da pesquisa ficarão arquivados sob minha responsabilidade e sua identidade não será divulgada. Os participantes não receberão nenhuma forma de pagamento e caso queira retirar o consentimento a qualquer momento tem todo o direito de fazer, sem acarretar qualquer tipo de penalidade.

O principal benefício deste estudo é de evidenciar a percepções dos médicos sobre de violência contra as mulheres. O pressuposto é de que a compreensão da percepção desses profissionais sobre a violência de gênero, além de identificar quais os procedimentos e intervenções adotados para investigar sua ocorrência, possibilita o desenvolvimento de ações mais significativas no intuito de buscar um olhar mais cuidadoso e atento no acolhimento, na suspeição diagnóstica de violência, no tratamento e no segmento dessa população, promovendo a equidade de gênero e reduzindo os agravos.

Os resultados obtidos serão publicados artigos científicos, mas ninguém vai saber quem participou do estudo. Os resultados estarão a sua disposição e os dados obtidos ficarão arquivados pela pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, RG _____, após ter sido devidamente esclarecido(a) e tendo compreendido os objetivos deste projeto, concordo com a participação como voluntário(a). Declaro que recebi uma via deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei entrar em **contato com o pesquisador responsável pelo telefone (86) 3232-1961 ou no Centro de Ciências da Saúde, Av. Frei Serafim, nº 2280, Centro (Sul), Teresina-PI, CEP 64001 450**, além de procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (endereço na parte inferior dessa página).

Teresina (PI), _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos da pesquisa entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Ininga – Pró-Reitoria de Pesquisa – CEP: 64049-550 – Teresina – PI. Telefone: (86)3237-2332 – www.ufpi.br/cep

APÊNDICE C– MODELO DE TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ / PRÓ-REITORIA PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / Coordenação do Programa de Pós-
 Graduação em Saúde da Família
 Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bloco 12 - Bairro Ininga, Teresina,
 Piauí, 64049-550
 Telefones: (86) 3215 5881



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezados (a) Senhor (a)
 Presidente da Fundação Municipal de Saúde:

Solicitamos sua autorização para realização da pesquisa intitulado **“PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, coordenado pela Prof. Dr. Viriato Campelo e executado pelo mestrando Joaquim José Marques da Silva do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em sua instituição.

O estudo tem por objeto avaliar a percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Teresina sobre a tolerância social de violência contra as mulheres, correlacionando a especialidades, faixa etária, sexo, religião, ancestralidade que influenciam numa postura mais ou menos tolerante à violência de gênero. A pesquisa será quantitativa, transversal, sendo os dados coletados no período de março e abril de 2019. A ferramenta utilizada para coleta de dados será um questionário baseada em perguntas pré-formuladas e adaptadas do Sistema de Indicadores de Percepção Social – SISP – do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, composta por 16 frases relacionadas à Tolerância à Violência Contra Mulher.

O risco da pesquisa consiste ao possível constrangimento ao participante do estudo quando houver perguntas relacionados aos aspectos de sua intimidade (gênero, especialidade, religião, tempo de formação), sendo minimizado considerando que os questionários serão entregues em envelopes lacrados, garantindo-lhes a confidencialidade e a privacidade e proteção a proteção da imagem. Serão também garantidos o direito de ressarcimento em caso de dano causado pela pesquisa e à assistência integral, gratuita, devido a danos decorrentes de sua participação pelo tempo que for necessário

A pesquisa pretende, portanto, apurar aspectos das percepções dos profissionais médicos sobre violência contra as mulheres. O pressuposto é de que a adesão a alguns valores e ideias de percepção a intolerância de violência traduzam posturas mais cuidadosa e atenta ao acolhimento, suspeição diagnóstica e tratamento das mulheres vítimas de agressão, promovendo a equidade de gênero e reduzindo os agravos.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida dos telefones (86) 3232 1961 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (endereço na parte inferior dessa página).

A qualquer momento, o senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que esta sendo realizado, sem qualquer tipo de cobrança e poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição. Nomes, endereço e outras indicações pessoais não serão publicados em hipótese alguma, os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

 Assinatura do (a) participante da pesquisa

 Assinatura do pesquisador responsável

Teresina (PI), _____ de _____ de _____.

APENDICE D - Declarações dos Pesquisadores

Ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Universidade Federal do Piauí

Nós, JOAQUIM JOSÉ MARQUES DA SILVA e VIRIATO CAMPELO, pesquisadores responsáveis pela pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99 e 340/2004).
- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados apenas para se atingir os objetivos previstos nesta pesquisa e não serão utilizados para outras pesquisas sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do Prof. Viriato Campelo da área de Medicina em Saúde Coletiva da UFPI; que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-UFPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-UFPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o voluntário;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada.

Teresina, 24 de dezembro de 2018.

Assinatura:

Nome: **VIRIATO CAMPELO**

CPF: 059 687 631 91

Assinatura:

Nome: **JOAQUIM JOSÉ MARQUES DA SILVA**

Considerações Éticas:

- Nunca alterar ou ignorar a informação ou opiniões proporcionadas pelas pessoas entrevistadas. Adulterar e/ou excluir informações não é permitido, sob nenhuma circunstância.
- Nunca falsificar informação. Não se deve completar os questionários ou perguntas que tenham deixado em branco com informação falsa, ou seja, que não tenha sido dada pelos entrevistados.
- Não se deve pressionar ou obrigar os entrevistados para que proporcionem a informação requerida na enquete.
- Respeitar as respostas e opiniões das pessoas entrevistadas.
- Em nenhum caso, deve-se induzir ou sugerir as respostas das pessoas entrevistadas.
- Sob nenhuma razão, deve-se oferecer alguma recompensa ou fazer falsas promessas em troca de uma resposta à pergunta solicitada na enquete, a menos que a instituição tenha determinado reconhecer monetariamente, ou de outra forma, o tempo dedicado pela pessoa entrevistada.
- Nunca se deve divulgar, repetir ou comentar a informação ou opiniões emitidas pela pessoa entrevistada, tampouco se deve mostrar a pessoas alheias ao estudo os questionários que tenham sido completados. Recordar sempre que a informação recolhida é CONFIDENCIAL.
- Não se deve estar acompanhado por pessoas não relacionadas com o trabalho de campo durante sua execução, como por exemplo, amigos, familiares, colegas de trabalho ou de faculdade, entre outros.
- Sob nenhuma circunstância, deve-se substituir o local de entrevista ou a pessoa selecionada dentro da amostra, a não ser seguindo os critérios da pesquisa, a não ser que haja alguma intercorrência no percurso da pesquisa e acordado com o pesquisador.
- Não se deve omitir nenhuma pergunta contida no formulário, nem tampouco, deve-se formular a pergunta de forma distinta à que está expressa. Não procure explicar a pergunta fazendo interpretações pessoais da mesma, pois a troca de linguagem pode alterar seu significado.
- Nunca se deve sugerir nenhum tipo de resposta, ainda que a pessoa entrevistada mostre dúvida ou desejos de não responder a pergunta.
- Nunca se deve revelar a informação recolhida à outra pessoa distinta ao coordenador. Tal informação é confidencial.
- Não se deve completar os questionários ou perguntas que os entrevistados não responderam após o término da entrevista.

Elaborado por: Joaquim José Marques da Silva - Médico. Pesquisador.
Mestrando do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família - UFPI.

Revisado e aprovado por: Viriato Campelo - Médico. Professor Doutor em Medicina. Orientador do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família - UFPI.

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

SISTEMA DE INDICADORES DE PERCEPÇÃO SOCIAL – SISP – DO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA

Dados pessoais

Região do País: () Norte () Nordeste () Sul () Sudeste () Centro-Oeste

idade: () 16 a 29 anos () 30 a 59 anos () acima de 60 anos

cor ou etnia: () preto () branco () pardo () outros

Sexo: () masculino. () feminino () outros

Estado civil: () solteiro () casado () união estável () separado/divorciado

Religião: () católico () protestante () outros

Estado civil: () Casado () união estável () separado () divorciado () outros

Escolaridade: () sem escolaridade () 1 a 4 anos de estudo () 5 a 8 anos de
estudo série () 9 a 12 anos de estudo () mais de 12 anos de estudo

Renda familiar: () menos de 1 SM () 1-3 SM () 4 -5 SM () mais de 6 SM

Família e Casamento	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	neutro	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
1) Os homens devem ser a cabeça do lar?					
2) Toda mulher sonha em se casar?					
3) Uma mulher só se sente realizada quando tem filhos?					
4) A mulher casada deve satisfazer o marido na cama, mesmo quando não tem vontade?					
5) Tem mulher que é pra casar, tem mulher que é pra cama?					
7) Incomoda ver dois homens, ou duas mulheres, se beijando na boca em público?					
8) O casamento de homem com homem ou de mulher com mulher deve ser proibido?					
Percepção sobre violência doméstica	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	neutro	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
9) O que acontece com o casal em casa não interessa aos outros?					
10) Em briga de marido e mulher, não se mete a colher?					
11) A roupa suja deve ser lavada em casa?					

12) Casos de violência dentro de casa devem ser discutidos somente entre os membros da família?					
13) Mulher que é agredida e continua com o parceiro gosta de apanhar?					
14) Dá para entender que um homem que cresceu em uma família violenta agrida sua mulher?					
15) É da natureza do homem ser violento?					
Percepção sobre violência doméstica	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	neutro	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
16) A mulher que apanha em casa deve ficar quieta para não prejudicar os filhos?					
17) Quando há violência, os casais devem se separar?					
18) O homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia?					
19) A questão da violência contra as mulheres recebe mais importância do que merece?					
Percepção sobre violência psicológica e patrimonial	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	neutro	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
20) É violência falar mentiras sobre uma mulher para os outros?					
21) Um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher?					
22) Dá para entender que um homem rasgue ou quebre as coisas da mulher se ficou nervoso?					
Percepção sobre violência sexual	Discorda totalmente	Discorda parcialmente	neutro	concorda parcialmente	Concorda Totalmente
23) Se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros?					
24) Mulheres que usam roupas que mostram o corpo merecem ser atacadas?					

ANEXO B - LISTA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE TERESINA. MARÇO, 2019

LISTA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE TERESINA. MARÇO, 2019

01	UNIDADE BASICA DE SAUDE A BENICIO FREIRE E SILVA-POTY VELHO Endereço: RUA MARIO AUGUSTO FREITAS 1469 POTY VELHO Telefone: (86) 32159170
02	UNIDADE BASICA DE SAUDE ADELINO MATOS Endereço: RUA NOVA ESPERANCA SN VILA SAO FRANCISCO Telefone: (86) 3215 9189
03	UNIDADE BASICA DE SAUDE ALTAMIRA Endereço: POVOADO ALTAMIRA S/N ZONA RURAL Telefone: (86) 32190152
04	UNIDADE BASICA DE SAUDE ALTO DA RESSURREICAO Endereço: RUA FRANCISCO LUCAS PEREIRA 7013 V A DA RESSURREICAO GURUPI Telefone: (86) 2159218
05	UNIDADE BASICA DE SAUDE AMERICO DE MELO C BRANCO-STA ISABEL Endereço: RUA JESUS DA CUNHA ARAUJO 4859 MORADA DO SOL Telefone: s/n
06	UNIDADE BASICA DE SAUDE ANITA FERRAZ Endereço: RUA JANDAIRA S N TABAJARAS Telefone: (86) 3215 9220
07	UNIDADE BASICA DE SAUDE ANTONIO NORONHA DE P FILHO-PQ BRASIL Endereço: ENFRENTE A QDRA 05 ENTRE A13 E 17 S/N LOT. PARQUE SUL VAMOS VER O SOL Telefone: (86) 32155422
08	UNIDADE BASICA DE SAUDE ANTONIO P D SANTOS - VAMOS VER O SOL Endereço: BR 343 , CHACARA CASA BRANCA; POVOADO ATALAIA S/N ZONA RURAL Telefone: s/n
09	UNIDADE BASICA DE SAUDE ATALAIA Endereço: BR 343 , CHACARA CASA BRANCA; POVOADO ATALAIA S/N ZONA RURAL Telefone: (86) 32111222
10	UNIDADE BASICA DE SAUDE BELA VISTA – RURAL Endereço: BELA VISTA S/N ZONA RURAL Telefone: (86) 32111222
11	UNIDADE BASICA DE SAUDE BOQUINHA Endereço: POVOADO BOQUIHA S/N ZONA RURAL Telefone: (86)3222-1255
12	UNIDADE BASICA DE SAUDE BRUNO RAFAEL R. DE SOUSA – ESPLANADA Endereço: RUA SAO VALENTINO 7720 ESPLANADA Telefone: (86) 32159150
13	UNIDADE BASICA DE SAUDE BUENOS AIRES Endereço: RUA MANOEL TEODORO 4885 BUENOS AIRES Telefone: (86) 3216 6271
14	UNIDADE BASICA DE SAUDE CACIMBA VELHA Endereço: POVOADO CACIMBA VELHA S/N ZONA RURAL Telefone: (86)2317045
15	UNIDADE BASICA DE SAUDE CAMPESTRE NORTE Endereço: POVOADO CAMPESTRE NORTE S/N ZONA RURAL Telefone: (86) 9991 0044
16	UNIDADE BASICA DE SAUDE CAROLINA SILVA Endereço: RUA 02 ACARAPE 1098 PROMORAR Telefone: (86) 32166428
17	UNIDADE BASICA DE SAUDE CECY FORTES Endereço: AV JACOB ALMENDRA 630 PORENQUANTO Telefone: (86) 3215 9122
18	UNIDADE BASICA DE SAUDE CHAPADINHA Endereço: POVOADO CHAPADINHA S/N ZONA RURAL Telefone: (86)2111170
19	UNIDADE BASICA DE SAUDE CHAPADINHA SUL Endereço: RUA DE ACESSO A CHACARA DA MAEZINHA RITINHA S/N ALTURADO KM 23 BR316 POVOADO CHAPADINHA SUL Telefone: s/n
20	UNIDADE BASICA DE SAUDE COROATA Endereço: POVOADO COROATA SN ZONA RURAL

	Telefone: s/n
21	UNIDADE BASICA DE SAUDE CRISTO REI Endereço: RUA PADRE AUREO DE OLIVEIRA 1966 CRISTO REI Telefone: (86) 32159130
22	UNIDADE BASICA DE SAUDE DAGMAR MAZZA Endereço: RUA JOAO CIRQUEIRA ARAUJO 3772 PARQ. DAGMAR MAZZA SANTO ANTONIO Telefone: (86) 32159240
23	UNIDADE BASICA DE SAUDE DEP ALBERTO MONTEIRO-SOINHO Endereço: POVOADO SOINHO - ESTRADA RURAL JOSE DE FREITAS S/N ZONA RURAL - ESTRADA DA CACIMBA VELHA Telefone: (86) 2370688
24	UNIDADE BASICA DE SAUDE DEP FRANCISCA TRINDADE-AGUA MINERAL Endereço: RUA TENENTE LUIZ SIMPLICIO S N AGUA MINERAL Telefone: (86) 3215 9173
25	UNIDADE BASICA DE SAUDE DEUS QUER Endereço: CONJUNTO QUADRA 07 CASA 01 S/N DEUS QUER BOM PRINCIPIO Telefone: (86)32359262
26	UNIDADE BASICA DE SAUDE DIRCEU I - QUADRA 77 Endereço: QUADRA - 77 CASA - 12 S/N DIRCEU I Telefone: (86) 3236-8883
27	UNIDADE BASICA DE SAUDE DOIS IRMAOS Endereço: POVOADO DOIS IRMAOS S/N ZONA RURAL Telefone: (86) 32157927
28	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR AUGUSTO DE CASTRO-KM 7 Endereço: RUA RITA DE CASSIA S/ N SANTO ANTONIO Telefone: (86) 32159156
29	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR CHAGAS MARTINS- ESTACA ZERO Endereço: POVOADO LAGOINHA S/N ZONA RURAL ESTACA ZERO Telefone: s/n
30	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR D ARCOVERDE-SANTA TERESA Endereço: POVOADO SANTA TERESA S N SANTA TERESA ZONA RURAL Telefone: (86) 32159212
31	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR DURVALINO COUTO Endereço: AV ERCINIO FORTES S/N BELA VISTA Telefone: (86) 32159158
32	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR EVALDO CARVALHO- NOVA BRASILIA Endereço: RUA ANISIO PIRES S N NOVA BRASILIA Telefone: (86) 3215 9146
33	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR FELIPE EULALIO DE PADUA-PROMORAR Endereço: PRACA DO CENTRO DE PRODUCAO DO PROMORAR QD 61 PROMORAR Telefone: (86) 32203188
34	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR FRANCISCO JOSE C SOUSA-ININGA Endereço: RUA ESPERANTINA S/N PLANALTO ININGA Telefone: (86)32159217
35	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR FRANCISCO SOARES FILHO-SAO PEDRO Endereço: RUA MINISTRO PEDRO BORGES S/N TABULETA Telefone: (86) 32159194
36	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR HELVIDIO FERRAZ-TODOS OS SANTOS Endereço: AV. PROFESSOR CAMILO FILHO 6133 TODOS OS SANTOS Telefone: (86)2159207
37	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR JOSE WILSON BATISTA – VERMELH Endereço: RUA DR JOAO VIRGILIO 1414 VERMELHA Telefone: (86) 32157755
38	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR LEONIDAS MELO-CERAMICA CIL Endereço: RUA 20 - POVOADO CERAMICA CIL 618 BR PI 130 ZONA RURAL Telefone: (86) 32155190
39	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR MARIANO MENDES-MONTE ALEGRE Endereço: RUA AMADEUS PAULO 3556 MONTE ALEGRE Telefone: (86) 3215 9172
40	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. CARLOS ALBERTO CORDEIRO Endereço: .270 CASA 20 S/N DIRCEUII Telefone: s/n
41	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. FELIX FRANCISCO PEREIRA BATISTA Endereço: RUA TIO BENTES S/N PICARREIRA II Telefone: (86)32345993
42	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. JOSE R. DE CARVALHO-CIDADE VERDE

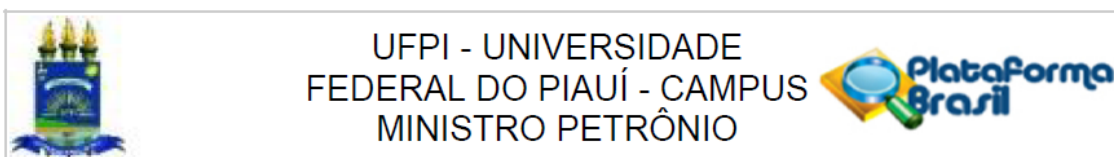
	Endereço: RUA LUCIDIO FREITAS SN CENTRO Telefone: (86) 3221 0342
43	UNIDADE BASICA DE SAUDE DR. LEONIDAS DEOLINDO SACI Endereço: PRACA PREFEITO JOAO MENDES SN SACI Telefone: (86) 32159161
44	UNIDADE BASICA DE SAUDE DRA ONESIMA NASCIMENTO-SANTA BARBARA Endereço: RUA PROMOTOR JOSE METON FILHO S/N SANTA BARBARA Telefone: (86)32342069
45	UNIDADE BASICA DE SAUDE DRA VIRGINIA C BRANCO - SANTA CLARA Endereço: RUA MANOEL VICTOR CORDEIRO 6039 SANTA CLARA Telefone: (86) 3219-2248
46	UNIDADE BASICA DE SAUDE DRA. ANA LUCIA SALMITO – GURUPI Endereço: RUA BERNARDO B. DOS SANTOS 6598 GURUPI Telefone: s/n
47	UNIDADE BASICA DE SAUDE ELON CONSTANTINO DE AGUIAR-ALEGRIA Endereço: POVOADO ALEGRIA S N CX POSTAL MODULO 17 POVOADO ALEGRIA Telefone: (86) 32159159
48	UNIDADE BASICA DE SAUDE FERNANDO G C LIMA- PORTAL DA ALEGRIA Endereço: RUA 13/18 S/N PORTAL DA ALEGRIA III Telefone: (86) 32192940
49	UNIDADE BASICA DE SAUDE FERNANDO G C LIMA-JACINTA ANDRADE II Endereço: QUADRA 145 RESID. JACINTA ANDRADE S/N RESID. JACINTA ANDRADE Telefone: s/n
50	UNIDADE BASICA DE SAUDE FRANCILIO RIBEIRO DE ALMEIDA-ANGELIM Endereço: RUA B S/N ANGELIM Telefone: (86) 32270384
51	UNIDADE BASICA DE SAUDE FRANCIMAR B. M. MELO-CIDADE JARDIM Endereço: RUA PEDRA BRANCA S/N BAIRRO CIDADE JARDIM Telefone: (86)3215 7738
52	UNIDADE BASICA DE SAUDE GIL MARTINS-USINA SANTANA Endereço: AV. PROFESSOR CAMILO FILHO S/N FINAL DA AVENIDA USINA SANTANA Telefone: (86)32359696
53	UNIDADE BASICA DE SAUDE GUIMAR CARVALHO - SANTA LUZ Endereço: POVOADO SANTA LUZ S/N ZONA RURAL SANTA LUZ Telefone: (86)2157873
54	UNIDADE BASICA DE SAUDE HENRIQUE M C BRANCO - VALE DO GAVIAO Endereço: RUA PROJETADA S/N CONJ. RESIDENCIAL ZEQUINHA FREIRE Telefone: (86) 32315564
55	UNIDADE BASICA DE SAUDE IRMA DULCE Endereço: RUA SANTA FRANCISCA CABRINI S/N VILA IRMA DULCE ANGELIM Telefone: (86) 3219-3850
56	UNIDADE BASICA DE SAUDE IVAN SOBRAL V A FILHO-NOVO HORIZONTE Endereço: RUA SANTO ESTEVAO SN V CEL CARLOS FALCAO NOVO HORIZONTE Telefone: (86)2159209
57	UNIDADE BASICA DE SAUDE JACINTA ANDRADE I Endereço: QUADRA 75, CASA 05 05 RESIDENCIAL JACINTA ANDRADE Telefone: (86) 32133467
58	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOAO CIRILO - BOA HORA Endereço: POVOADO BOA HORA S/N ZONA RURAL Telefone: (86) 3211 1498
59	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSE ADAIL FONSECA DE CASTRO-TAQUARI Endereço: RUA ENGENHEIRO RIBAMAR MACHADO S/N RESIDENCIAL TAQUARI VALE QUEM TEM Telefone: (86)3314879
60	UNIDADE BASICA DE SAUDE JOSE DE ARIMATEA DOS SANTOS-BETINHO Endereço: RUA ACESITA S/N ALTO BONITO Telefone: (86) 32270900
61	UNIDADE BASICA DE SAUDE KARLA IVANA DE MELO CAMPOS-MATADOURO Endereço: RUA RIACHUELO 3024 MATADOURO Telefone: s/n
62	UNIDADE BASICA DE SAUDE MAMA MIA Endereço: PI 112 KM 9 SOCOPO Telefone: (86) 3215 7738
63	UNIDADE BASICA DE SAUDE MANOEL AYRES NETO-PARQUE WALL FERRAZ Endereço: AV PRINCIPAL S/N PARQUE WALL FERRA SANTA MARIA DA CODIPI Telefone: (86) 3215 9195
64	UNIDADE BASICA DE SAUDE MARCOS GUEDES DA SILVEIRA-NOVA TERES

	Endereço: AV JANGO S/N CONJ. NOVA TERESINA PEDRA MOLE Telefone: (86)3231 6746
65	BÁSICA DE SAÚDE MARIA DE JESUS CARVALHO-PORTO ALEGRE Endereço: RUA MANOEL VICTOR CORDEIRO/ RUA PORTO ALEGRE S/N CONJUNTO PORTO ALEGRE - ESPLANADA Telefone: (86) 32159197
66	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA DULCE CUNHA - SAO JOAO Endereço: RUA AGRIPINO MARANHÃO-PRACA DO QUINTO DP S/N SAO JOAO Telefone: (086)323447843
67	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA TERESA DE MELO COSTA-MAFREENSE Endereço: RUA RUI BARBOSA S/N MAFREENSE Telefone: (86) 3215 9171
68	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MEMORARE Endereço: RUA ISAAC IRINEU 3012 MEMORARE Telefone: (86) 3215 9177
69	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA GUIA Endereço: RUA 01 S N BEIRA RIO Telefone: (86)2159219
70	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA PAZ Endereço: RUA SANTA MARIA GORETE S/N VILA DA PAZ Telefone: (86) 32182552
71	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PADRE MARIO ROCCHI-PARQUE ESPERANÇA Endereço: RUA ANTONIO OSTERNO S/N LOT PRQ ESPERANÇA PARQUE ESPERANÇA Telefone: (86)3235-4599
72	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARQUE FLAMBOYANT Endereço: QD 102 CASA 7 07 PROX. A UESPI DIRCEU I - PARQUE IDEAL Telefone: s/n
73	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARQUE PIAUI Endereço: QD 26 S/N END. UBS NOVA PARQUE PIAUI Telefone: s/n
74	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARQUE PIONEIRO I Endereço: RUA DELMA BASILIO 2396 SANTO ANTONIO Telefone: (86) 32159241
75	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PICARREIRA Endereço: AV JOAO ANTONIO LEITAO 4577 PICARREIRA I Telefone: (86)2159216
76	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PLANALTO URUGUAI Endereço: RUA 1 6955 PLANALTO URUGUAI Telefone: (86)2159202
77	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAIMUNDA SOARES OLIVEIRA-PQ F FILHO Endereço: RUA 06 RESIDENCIAL FIRMINO FILHO 4450 ZONA SUDESTE PARQUE POTY Telefone: (86)2159225
78	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE REAL COPAGRE Endereço: RUA 19 DE NOVEMBRO 4200 REAL COPAGRE Telefone: 86 3215 7738
79	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE REDONDA Endereço: Q G CASA 04 S/N CONJUNTO REDONDA SOL NASCENTE Telefone: s/n
80	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RENASCENÇA Endereço: RUA DR PEDRO TEIXEIRA S/N PARQUE ITARARE Telefone: (86)2159208
81	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA MARIA DA CODIPI Endereço: RUA RAIMUNDO DOROTEIA S N SANTA MARIA DA CODIPI Telefone: (86) 3215 9196
82	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SAO CAMILO- LOURIVAL PARENTE Endereço: RUA EPITACIO PESSOA 2085 LOURIVAL PARENTE Telefone: (86) 32159160
83	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SATELITE Endereço: R. PLUTAO SN SATELITE Telefone: (86) 32370336
84	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SERGIO L CHANTAL NUNES-TRES ANDARES Endereço: RUA FRº CASSIANE DE BRITO-ESQ. COM ORGMAR MONTEIRO S N TRES ANDARES Telefone: (86) 32159193
85	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TABOCA DO PAU FERRADO Endereço: POVOADO TABOCA DO PAU FERRADO S/N POVOADO TABOCAS Telefone: (86)32161517

86	UNIDADE BASICA DE SAUDE TANIA M MELO RODRIGUES-MONTE CASTELO Endereço: RUA ZITO BATISTA S/N MONTE CASTELO Telefone: (86) 32157792
87	UNIDADE BASICA DE SAUDE VER. VALDINAR PEREIRA – MOCAMBINHO Endereço: RUA CORONEL ANGELO PAZ 8130 LOTEAMENTO MOCAMBINHO Telefone: (86) 3224-3691
88	UNIDADE BASICA DE SAUDE VILA BANDEIRANTE Endereço: RUA DOM BOSCO - EM FRENTE A PRACA S/N VILA BANDEIRANTE II Telefone: (86)32159201
89	UNIDADE BASICA DE SAUDE VILA CONFIANCA Endereço: RUA PEDROII 1700 MACAUBA Telefone: (86) 32151616
90	UNIDADE BASICA DE SAUDE VILA DO AVIAO Endereço: RUA SANTA TEREZINHA 1382 VILA DO AVIAO TABAJARAS - VILA DO AVIAO Telefone: (86) 3215 9213
91	UNIDADE BASICA DE SAUDE XAVIER NETO - MARIO COVAS Endereço: RUA JORNALISTA HUMBERTO LEAL S/N MARIO COVAS ANGELIM Telefone: (86) 32195524
92	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DIRCEU II - QUADRA 173 Endereço: QUADRA 173 CONJUNTO DIRCEU ARCOVERDE 2 17 CASA ITARARE Telefone: s/n

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Teresina, março de 2019.

ANEXO C – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos Médicos Sobre Violência contra as Mulheres na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Viriato Campelo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09510619.8.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

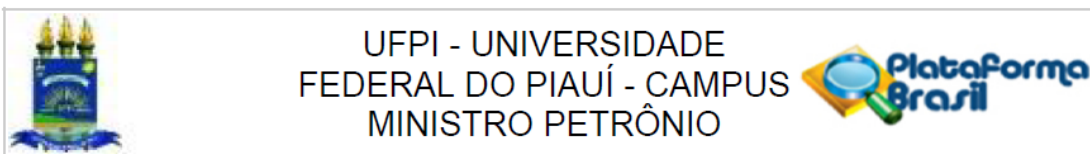
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.221.590

Apresentação do Projeto:

O projeto "Percepção dos Médicos Sobre Violência contra as Mulheres na Atenção Primária à Saúde", será desenvolvido sob a coordenação do Prof. Dr. Viriato Campelo, tendo como assistente Joaquim José Marques da Silva. a pesquisa pretende avaliar a percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Teresina sobre a tolerância social de violência contra as mulheres. Para isso, será realizado um estudo quantitativo e transversal com os médicos concursados da Estratégia Saúde da Família (ESF) há pelo menos seis meses que atuam nas Unidades Básicas de Teresina (UBS) de Teresina, excluindo-se os licenciados ou em afastamento (férias) e os que os não têm vínculo efetivo com a Prefeitura. A ferramenta utilizada para coleta de dados será um questionário baseado em perguntas pré-formuladas e adaptadas do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SISP) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), composta por 16 frases relacionadas à Tolerância à Violência Contra Mulher. Os dados serão transferidos para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 20.0). As variáveis com valor de $p < 0,05$ permanecerão no modelo final. A magnitude da associação será avaliada pela razão de prevalência não ajustada e ajustada (RP) e intervalos de confiança (IC 95%). O pressuposto é de que a adesão a alguns valores e ideias traduzam posturas mais ou menos tolerantes a este tipo de violência, promova a equidade de gênero e reduza os agravos.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.			
Bairro: Ininga		CEP: 64.049-550	
UF: PI	Município: TERESINA		
Telefone: (86)3237-2332	Fax: (86)3237-2332	E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br	



Continuação do Parecer: 3.221.590

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a percepção dos profissionais médicos na atenção primária à saúde sobre violência contra a mulher.

Objetivo Secundário:

Verificar se os aspectos sociodemográficos dos médicos influenciam na percepção da violência contra a mulher;

Verificar se o tempo de formação e especialidades dos médicos influenciam na percepção da violência contra a mulher;

Verificar se os arranjos afetivos entre os indivíduos e os papéis sociais de gênero no casamento influenciam na percepção de uma postura mais ou menos tolerante à violência contra a mulher;

Correlacionar se há uma postura mais ou menos tolerante dos médicos com a percepção de culpabilização da mulher nos crimes de violência sexual;

Verificar se a possibilidade de punição do agressor influencia na percepção de tolerância da violência contra a mulher.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco da pesquisa consiste em produzir algum constrangimento ao participante da pesquisa quando, no instrumento de coleta de dados, houver perguntas relacionados ao aspecto de sua intimidade, como tempo de formação, especialidade, religião, por exemplo, sendo minimizado,

considerando que os questionários serão entregues aos médicos em envelopes lacrados e devolvidos após uma semana, garantindo-lhes a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização ou qualquer situação que possa causar desconforto aos participantes. Além disso, o pesquisador garantirá a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras). As informações necessárias à realização desta pesquisa serão coletadas de forma segura, rápida e não invasiva, com o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes.

Benefícios:

Os participantes serão beneficiados com o conhecimento da pesquisa na perspectiva de evidenciar a percepções dos médicos sobre de violência contra as mulheres. O pressuposto é de que a compreensão da percepção desses profissionais sobre a violência de gênero, além de identificar quais os procedimentos e intervenções adotados para investigar sua ocorrência, possibilita o desenvolvimento de ações mais significativas no intuito de buscar um olhar mais cuidadoso e

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

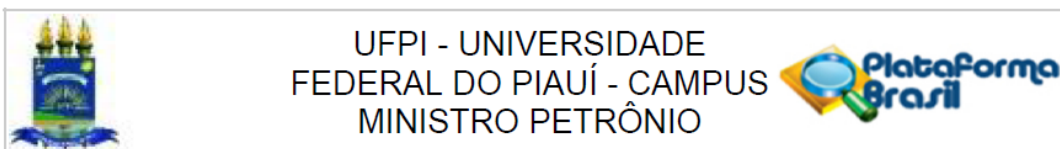
UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.221.590

atento no acolhimento, na suspeição diagnóstica de violência, no tratamento e no segmento dessa população, promovendo a equidade de gênero e reduzir os agravos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social, uma vez que pretende investigar a percepção de profissionais da saúde a cerca da violência contra as mulheres na atenção primária à saúde, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), local onde, invariavelmente, as mulheres que sofrem violência são atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados. Contudo, os dados de contato do pesquisador não estão inseridos no TCLE.

Recomendações:

Recomenda-se que os dados de contato do pesquisador responsável sejam inseridos no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

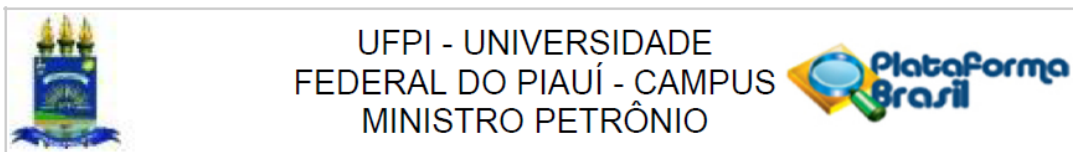
Pesquisa apta a ser desenvolvida. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1310703.pdf	14/03/2019 15:44:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_FMS.pdf	14/03/2019 15:37:00	Viriato Campelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/03/2019 10:10:13	Viriato Campelo	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_assistente_joaquim.pdf	09/03/2019 09:04:01	Viriato Campelo	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_principal_viriato_campelo.pdf	09/03/2019 09:03:26	Viriato Campelo	Aceito
Outros	Instrumento_da_pesquisa.docx	09/03/2019	Viriato Campelo	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.221.590

Outros	Instrumento_da_pesquisa.docx	08:47:33	Viriato Campelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.docx	09/03/2019 08:46:55	Viriato Campelo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/03/2019 08:30:53	Viriato Campelo	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	08/03/2019 00:46:41	Viriato Campelo	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP.pdf	08/03/2019 00:46:06	Viriato Campelo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	08/03/2019 00:38:08	Viriato Campelo	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	08/03/2019 00:37:36	Viriato Campelo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/03/2019 00:27:05	Viriato Campelo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 25 de Março de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br