

## Percepção de estudantes de enfermagem sobre violência do parceiro: conhecimentos, crenças e função profissional<sup>1</sup>

Assumpció Rigol-Cuadra<sup>2</sup>  
Paola Galbany-Estragué<sup>3</sup>  
Concepció Fuentes-Pumarola<sup>4</sup>  
Maria Dolors Burjales-Martí<sup>5</sup>  
Dolors Rodríguez-Martín<sup>6</sup>  
David Ballester-Ferrando<sup>7</sup>

**Objetivos:** examinar os conhecimentos, crenças e a percepção da função profissional que têm os estudantes de enfermagem, sobre a violência contra as mulheres, nos relacionamentos íntimos. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, seguindo o modelo ecológico, através de 16 grupos focais, realizado com 112 estudantes de quatro cursos de enfermagem, de quatro universidades espanholas. **Resultados:** as categorias analíticas foram: conhecimento, função profissional e as crenças das ações do agressor sobre a vítima. Os estudantes desconhecem as características de abusos, diretrizes, protocolos, questões de triagem e de rastreamento, reivindicando diretrizes de intervenção específica. Não identificam sua própria função profissional, sendo delegada ou especializada. As crenças em relação a atuação com a vítima não são orientadas por padrões profissionais, percebendo a violência como uma situação específica e dissociando a prevenção dos cuidados em saúde. Eles percebem o agressor como um doente mental, justificando, assim, a tolerância ou delegação de ações. **Conclusões:** os alunos definem noções preconcebidas sobre violência do parceiro. Os discursos reproduzem mitos e reforçam valores estereotipados, indicando estudos insuficientes durante a formação em enfermagem, gerando a necessidade de reforçar as competências nos currículos em relação à violência do parceiro.

**Descritores:** Violência Contra a Mulher; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Educação em Enfermagem.

<sup>1</sup> Apoio financeiro da Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha, processo nº PREUI12/05.

<sup>2</sup> PhD, Professor Titular, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha.

<sup>3</sup> PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallés, Barcelona, Espanha.

<sup>4</sup> PhD, Professor Titular, Departamento de Enfermería, Universitat de Girona, Girona, Espanha.

<sup>5</sup> Doutoranda, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha. Professor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha.

<sup>6</sup> Doutoranda, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Espanha. Professor Titular, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha.

<sup>7</sup> Doutorando, Universitat de Girona, Girona, Espanha. Professor Titular, Departamento de Enfermería, Universitat de Girona, Girona, Espanha.

Correspondência:

Assumpció Rigol-Cuadra  
Universidad de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería  
C/ Feixa Llarga, s/n  
Campus de Ciències de la Salut de Bellvitge  
08907, Barcelona, España  
E-mail: arigol@ub.edu

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

A Violência do Parceiro (VP) afeta as mulheres de todos os níveis sociais, culturais e econômicos, e dada as proporções alarmantes, tornaram-se um grande problema de saúde pública<sup>(1)</sup>, associando-se com uma alta taxa de morbimortalidade e custos de saúde<sup>(2)</sup>.

The National Center for Injury Prevention and Control National<sup>(3)</sup> define a violência do parceiro, como aquela que ocorre entre duas pessoas em um relacionamento (incluindo cônjuges, companheiros e ex-companheiros) ao longo do tempo, desde um único episódio de violência, até episódios contínuos, incluindo quatro tipos de comportamentos: violência física, violência sexual, ameaças de violência física ou sexual e abuso emocional. O escopo usual da VP é o ambiente familiar, onde são produzidas situações de domínio do homem sobre a mulher e reiteração dos atos de violência com a intenção de causar danos<sup>(4)</sup>. Mundialmente, é relatado que, acima de 38% dos assassinatos cometidos contra mulheres são realizados por seus parceiros<sup>(1)</sup>.

Um estudo europeu, de 2014, sobre a violência contra mulheres, indicou que mulheres com idade entre 18 e 74, dos países membros da União Europeia, quase 62 milhões tinham sofrido atos de violência baseada em gênero e 22% das mulheres participantes relataram ter sofrido violência física ou sexual por seu companheiro ou ex-companheiro<sup>(5)</sup>.

Da mesma forma, uma pesquisa conduzida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinala que a violência contra a mulher, infringida por parceiro íntimo, é muito comum em todos os países da América Latina e do Caribe. Nos 12 países em que foi realizado o estudo, embora os números tenham variado de acordo com o local, as mulheres relataram ter sofrido violência por um parceiro íntimo<sup>(6)</sup>.

No estado espanhol, o número de denúncias registradas no primeiro trimestre de 2013 alcançou 29,487 casos, com média de 327 queixas diárias<sup>(7)</sup>, embora a violência contra as mulheres tenha sido identificada como um determinante social de saúde, o setor da saúde não tem se comprometido, suficientemente, em erradicá-la. De acordo com vários autores<sup>(8)</sup>, as mulheres vítimas de VP procuram os serviços de saúde mais que outras em pior estado de saúde. No entanto, há baixa detecção<sup>(9)</sup>, sendo um motivo de preocupação sobre as consequências de saúde para a mulher (física e mental), bem como, a sua qualidade de vida.

A importância da detecção e intervenção do setor saúde é evidente, tanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(1)</sup> recomenda que todos os profissionais de saúde sejam capazes de compreender estes fatores, agindo adequadamente. Apesar destas recomendações, permanecem as dificuldades de detecção entre os profissionais de saúde, devido, entre outros fatores, à formação insuficiente<sup>(10)</sup> e atitudes e crenças do profissional<sup>(11-12)</sup>.

Da mesma forma, foi observado que em alguns países da América Latina, na área da saúde, a violência ainda é um problema incipiente, que precisa ser analisado por profissionais; sendo necessário o desenvolvimento de estratégias de acolhimento, ao detectar precocemente situações violentas e ações intersetoriais<sup>(13)</sup>.

Estas evidências sugerem a necessidade de os estudantes de enfermagem adquirirem, durante sua formação, conhecimentos e competências adequadas. Diversos autores concordam sobre a necessidade de incluir a formação em VP no currículo de enfermagem<sup>(14)</sup>, com o objetivo de desenvolver práticas consistentes e dar visibilidade a este tipo de violência<sup>(10)</sup>, sendo que existem evidências relacionadas à deficiência curricular sobre a atenção que os enfermeiros devem dar nos serviços de saúde<sup>(15)</sup>. No entanto, profissionais de saúde e em particular enfermeiros estão em uma posição única de identificação e acolhimento das mulheres vítimas de VP, pois são, muitas vezes, o primeiro contato dentro do sistema de saúde ou em serviços de emergência, centros de atenção comunitária ou serviços especializados<sup>(9)</sup>. Esta posição pode habilitá-los a oferecer ajuda e apoio às mulheres na busca por alternativas. Apesar disso, estudos nesta área indicam que as enfermeiras nem sempre se sentem preparadas para intervir na detecção de abuso, acompanhar o processo ou dar apoio necessário na tomada de decisões<sup>(16)</sup>. A falta de conhecimento e habilidades pode incentivar os enfermeiros a se concentrarem apenas no cuidado físico, esquecendo-se de oferecer atenção integral<sup>(11)</sup> (b).

As crenças e mitos que cercam os envolvidos na VP podem influenciar os cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde. No que diz respeito à justificação de abuso em relação às mulheres, profissionais e estudantes de Ciências da Saúde, destacam-se os distúrbios mentais, como uma característica dos agressores<sup>(17)</sup>. Existem vários mitos, como o amor romântico, que justifica a renúncia e o sacrifício das mulheres em muitos aspectos de suas vidas<sup>(18)</sup>.

Este estudo pretende analisar nos estudantes de enfermagem das diferentes universidades espanholas (Barcelona, Tarragona e Girona), os seguintes conceitos: conhecimento, entendido como o uso da teoria na prática de enfermagem e pesquisa<sup>(19)</sup>; crenças, definidas como representações sociais que surgem na interação social cotidiana<sup>(20)</sup>; e a percepção do papel do profissional, definindo sua função, de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, como as funções fundamentais de enfermagem na promoção da saúde, prevenção de doenças, restauração da saúde e alívio do sofrimento<sup>(21)</sup>. Assim, o objetivo do estudo foi identificar os obstáculos e dificuldades que possam afetar os alunos no exercício subsequente da profissão.

## Método

Estudo qualitativo, descritivo, realizado durante o ano letivo 2012-2013, nas universidades espanholas de Barcelona (Universidade de Barcelona e Universidade Autônoma de Barcelona), Tarragona (Universidade Rovira i Virgili) e Girona (Universidade de Girona). Optou-se por este tipo de estudo, pois a metodologia qualitativa incorpora as percepções e crenças dos participantes. Por outro lado, o uso de metodologia qualitativa, além de estimular a reflexão, permite um acesso mais abrangente das representações que os alunos têm sobre ações, crenças e práticas de saúde antes da VP.

A estrutura desta pesquisa baseia-se em revisão de literatura científica, para promover a conscientização sobre os dados e os processos de comparação. Iniciou-se com base em diferentes modelos para compreensão e ação antes da VP: desde teorias de gênero, definições e abordagens da OMS sobre VG<sup>(1)</sup> e o modelo ecológico de Bronfenbrenner<sup>(22)</sup>.

No estudo, a amostra foi de 112 estudantes, homens e mulheres, de 19 a 35 anos de idade. O objetivo era ter uma grande variedade de alunos das universidades da Catalunha (Espanha), tendo em conta que, em cada ano letivo, uma média de 400 alunos são matriculados somente na Universidade de Barcelona e entre 90 e 100 nas outras universidades.

A coleta de dados foi realizada através de grupos de focais, com média de 11 pessoas por grupo, com um roteiro previamente elaborado. Relacionaram-se perguntas sobre conhecimento e crenças sobre a definição de violência baseada no gênero, suas causas, as características da vítima e do agressor, as atitudes frente à vítima e o agressor, e o papel e as competências

dos enfermeiros com vítimas de VP. Foram formados grupos homogêneos, para alcance da máxima integração e interação entre os participantes.

Os 16 grupos focais representaram um grupo focal de cada universidade, por curso acadêmico. Assim, na Universidade de Barcelona participaram 27 estudantes, na Universidade Autônoma de Barcelona 31, na Universidade de Girona 30 e na Universidade Rovira y Virgili 24.

Os pesquisadores participaram ativamente na moderação dos grupos focais, levantando as perguntas da entrevista, seguindo a mesma ordem e sem influenciar respostas e discussão dos participantes; sem mostrar concordância nem discordância no discurso dos participantes, nem com a linguagem verbal, nem com a não verbal. Antes de cada sessão de um grupo focal e depois cada um deles, realizaram-se sessões de análise e acompanhamento de atividades com a equipe de pesquisa, para analisar e tirar dúvidas e verificar problemas ou situações de conflito que poderiam ter surgido. Em cada sessão foi solicitado o consentimento de todos os participantes do estudo.

A seleção dos participantes foi feita por amostragem de conveniência e os alunos participaram voluntariamente. Entrou-se em contato com os estudantes em setembro de 2013, no início do ano letivo. Após terem sido informados sobre o estudo, assinaram um consentimento informando que suas respostas seriam confidenciais, recebendo um código para preservar a sua identidade. Anteriormente, o estudo foi aprovado pela Comissão de Bioética da Universidade de Barcelona, que liderava a pesquisa "Estudo multicêntrico sobre a percepção da violência do parceiro, em estudantes de enfermagem"; também foi solicitada autorização das outras universidades participantes. Os investigadores se comprometeram a devolver os resultados para a comunidade universitária, uma vez realizado o estudo e após a sua publicação.

O encontro aconteceu em salas de aula das universidades, entre outubro e dezembro de 2013 e janeiro e fevereiro de 2014. As entrevistas duraram, em média, uma hora, em média, e foram gravadas para posterior transcrição. Informações foram coletadas para a saturação dos dados.

Os resultados foram triangulados com bibliografia. As análises foram realizadas por dois pesquisadores de diferentes nos grupos de focais. Os resultados foram organizados em categorias e códigos. As categorias analíticas foram: conhecimento, papel profissional e as crenças sobre as ações sobre vítima e o agressor.

## Resultados

### Conhecimentos

Para a categoria de conhecimentos, os códigos identificados foram: estratégias de atuação profissional, padrões de orientação e falta de conhecimento sobre VP.

Sobre estratégias de atuação em relação ao processo de VP, predominou a preocupação por normas indicativas e os alunos exigiram orientações concretas e específicas de intervenções: *Gostaria de saber se existe um protocolo de enfermagem que devemos saber no caso de uma possível suspeita de violência de gênero* (E14).

O desconhecimento refletido em algumas declarações dos alunos, centrado na detecção dos sintomas mais comuns que as vítimas podem apresentar, sem considerar os fatores de risco para permitir a detecção precoce, evitando agravo do problema. *Conhecer os sinais de alerta, conhecer em que situações pode vir uma pessoa que tenha sido vítima desde física e psicológica* (E2).

Os alunos desconheciam que as mulheres vítimas de VP, procuram mais do que o resto das mulheres os serviços de saúde e tem o pior estado de saúde, com altos níveis de estresse e problemas psicológicos. Da mesma forma, ignoraram que, em numerosas ocasiões, os sintomas presentes são mascarados com outros sintomas: consultas repetidas sobre sintomas triviais, somáticos, distúrbios psicológicos não especificados e aumento do consumo de antidepressivos.

### Papel profissional

Para a categoria da função profissional, foram codificadas: visão biomédica, não assumir a própria função, competências de enfermagem, cuidados delegados e papel social.

Em relação ao papel profissional, permaneceu uma visão clínica e biomédica da violência contra as mulheres, limitando-se a danos físicos e excluindo-se os problemas de saúde decorrentes do abuso psicológico. A partir deste conceito reducionista, os estudantes aludiram aspectos como isolamento social, sentimentos de desvalorização e desamparo ou contínuo controle do cônjuge, que impedem de identificar a ampla gama de sintomas psicológicos e comportamentais, antes do abuso físico, causando consequências graves para a saúde de quem a sofre e que, muitas vezes, passam despercebidas: *Sabe os sinais e sintomas da pessoa abusada* (E3).

Os alunos não assumem como próprio da profissão a atenção à violência, ignorando a visão holística e ecológica: *Pode ser muito difícil para uma mulher agredida confiar em uma enfermeira* (E4). Consideraram que a suposição desta responsabilidade profissional vai além da sua competência e significaria negligenciar o trabalho de cuidados. Além disso, associam a escassez de recursos e a falta de preparação à dificuldade na prestação do cuidado integral às vítimas de mulheres de VP: *Isso significaria negligenciar a assistência de trabalho (...) não temos recursos suficientes* (E8). *O que a enfermeira pode fazer é observar e referir a outro profissional, mas nos falta preparação para poder trabalhar com mulheres* (E24).

Um dos motivos que justificam a delegação foi a falta de competência: *A enfermeira não tem um papel prioritário, quem deve intervir aqui, é uma assistente social ou psicóloga* (E19) ou a identificação de uma função especializada: *Deve ser uma enfermeira que se dedique especificamente dedicada a todas as questões de violência do parceiro* (E29). No entanto, consideraram importante o seu papel profissional numa perspectiva social: *Enfermagem tem um papel muito importante dentro da sociedade, você é uma pessoa cercada de gente, que pode contar o que sente... neste caso podemos detectar os problemas em tempo* (E30).

### Procedimentos perante a vítima

Em relação às crenças sobre os procedimentos com a vítima, as categorias emergentes foram: critérios éticos pessoais, atividades de treinamento, atitude receptiva, informações, atitudes perigosas, vitimização secundária, prevenção e detecção.

Alguns alunos se basearam em critérios éticos pessoais, sem respeitar as normas profissionais, sendo que a perspectiva ética é que confere direitos e fornece informações sobre como reagir a certas situações: *Atuar segundo nossa ética, avisar a um psicólogo* (E7).

Não consideraram que controle e isolamento faz parte das estratégias de abuso, criando atividades de entretenimento, para diminuição do estresse e aumento do bem-estar. Esta ação pode criar sentimentos de culpa na vítima, podendo agravar o problema, sem oferecer soluções adequadas: *Mesmo se não fosse físico, fazer coisas de relaxamento, perguntar, fazer atividades fora de seu ambiente familiar* (E5).

Apesar de terem identificado a necessidade de mostrar uma atitude receptiva, que facilita a verbalização do problema e estabelece uma relação de confiança, os

alunos não notaram a dificuldade que têm a maioria das mulheres vítimas de violência, em reconhecê-la e denunciá-la, desde as primeiras agressões. Da mesma forma, limitam a ação profissional a informações, como se o fato de reportarem fosse suficiente para produzir mudanças em um processo complexo: *Sensibilidade também, (...) empatia (...), escuta ativa. Criar um quadro de confiança e essa pessoa posso te dizer e depois, uma vez que reconhecê-lo relatá-lo. Dar informações, a partir daqui já é decisão da própria paciente (E65).*

Algumas das respostas dos alunos também mostrou atitudes perigosas ao desconhecer características do ciclo de VP, concebendo-a como uma coisa pontual: *Tranquelize a vítima, de que não vai voltar a acontecer (E45). Você pode dar o número de telefone para quando abusarem dela (E101).*

Isso é evidente em algumas das respostas à vitimização secundária, culpando e responsabilizando as próprias mulheres, numa perspectiva de reabilitação: *Reeducar essa pessoa para que não passe outra vez pela mesma situação (E98).*

Enquanto alguns alunos mencionaram a importância da prevenção: *(...) de que a enfermagem tem um papel de prevenção, de campanha e também ação em uma consulta para CAP (E41), em geral, não relacionaram aos cuidados na atenção primária à saúde (ele/ela se referiam ao CAP, como Centro de Atenção Primária), minimizando a importância do sistema de saúde, que até certo ponto justifica o baixo envolvimento dos enfermeiros na prevenção e detecção: Fazer palestras em instituições, escola (E45). Ação perante agressor.*

### Procedimento perante o agressor

Para a categoria de crenças sobre as atitudes perante o agressor, os códigos identificados foram: imaginário popular, transtornos mentais, problemas psicológicos e amor romântico.

O discurso dos participantes refletiu as crenças do imaginário popular, que legitimam e minimizam o problema e contradizem os resultados produzidos pela pesquisa. Um exemplo disso seria considerar que uma das causas de VP é que o agressor tem uma doença mental, um distúrbio psicológico ou um vício. Partindo deste pressuposto, derivam-se configurações do perfil dos agressores como indivíduos que necessitam de compreensão e cura: *Como uma enfermeira você tem que deixar que a outra pessoa seja reinserida na sociedade, desde que esta pessoa possa ser curada. (...) Homem! É claro! Todos os agressores tem um problema (E97).*

A crença de que a pessoa que abusou tem problemas psicológicos, justifica a tolerância e a limitação das ações. Os alunos não levam em conta o fato de que ter um transtorno mental não significa não saber assumir responsabilidades, sendo em algum momento um fator agravante, e a causa não justifica o abuso, uma vez que pessoas com transtornos mentais não têm porquê serem pessoas abusivas: *Temos que entender e ajudar estas pessoas como doentes. Se vem o agressor lhe dizer que você tem um problema, já está curado (E66). Conversar com um profissional, porque há uma patologia, se terão que fazer terapia e a enfermeira não tem conhecimentos suficientes (E70).*

Os alunos também mostraram atitudes perigosas, mais relacionadas à própria imaginação do que com desempenho profissional: *O homem que é violento, merece que o castiguem (E22).*

O amor romântico é outro mito que apareceu nos discursos. O modelo cultural de amor propõe a renúncia à vida e à independência, convertendo o outro no centro da própria vida. Individualidade, ideias, projetos e metas não são mais importantes para a mulher, sendo que a outra pessoa ocupa esses lugares. Isto leva à anulação da personalidade e enorme dependência; vive-se pelo outro. A mulher aprende a renunciar, dar prazer e não receber o mesmo do seu parceiro: *E também pode ser, não sei, pode ser muito apaixonada (...) aos poucos, a medida que vão abusando, vai diminuindo totalmente (E49).*

Concepções erradas de amor e relacionamentos com determinados comportamentos amorosos, autoridade, ciúme, controle, ignoram o fato de que os homens usam a violência, querendo perpetuar a submissão. Nesta perspectiva, separa-se a agressão do afeto e entende-se esta como um descontrole pessoal, justificado com base em outras qualidades: *Controlá-lo e se precisa de ajuda e a quer, vendo-o como uma pessoa doente, tentar ajudá-lo, oferecer-lhe psicólogos, oferecendo tudo o que temos nas mãos, para que a pessoa possa ou tente mudar (E101).*

### Discussão

Em relação à categoria conhecimentos, é relevante mencionar que a maioria dos estudantes entrevistados referiu não ter conhecimentos sobre a VP, nem sobre os sintomas que as mulheres podem apresentar<sup>(23)</sup>. Apesar de sentirem-se sensibilizados, acreditam que não estão preparados para lidarem com este fato. As estratégias de intervenção que propuseram, coincidem mais com o conhecimento popular do que com uma formação específica, projetando-se tanto em atitudes com a vítima quanto com o agressor, podendo agravar a situação

de violência, onde a prevenção está ausente<sup>(24)</sup>. Este fato revela a falta de conteúdo durante sua formação, tanto teórico quanto prático, em contradição com as orientações das agências nacionais e internacionais<sup>(1,25)</sup>.

Alguns autores sugerem que profissionais de enfermagem, após a pós-graduação, estão pouco preparados para prestar atendimento a mulheres vítimas de VP e aqueles que recebem treinamento não o fazem, a maioria (48%), por iniciativa própria<sup>(15)</sup>. Os profissionais estão cientes de que a VP é um prejuízo significativo para a saúde da mulher e reconhecem suas limitações em termos de conhecimentos, sentindo a necessidade de melhor preparo para oferecer cuidados, propondo ações de melhoria em sua formação, através de treinamentos, capacitações, reuniões e discussões em equipes multidisciplinares, realizando atividades nos centros de saúde e, até mesmo, através de convênios com a universidade<sup>(10)</sup>. Uma pesquisa constata que os estudantes de enfermagem que receberam treinamento sobre VP antes de se formarem, têm mais conhecimento e preparação profissional para gerenciar os casos de VP<sup>(14)</sup>. Perante esta situação, os próprios profissionais sugerem a possibilidade de inclusão do tema VP nos currículos de graduação, através da experiência prática e clínica<sup>(15)</sup>.

Em relação ao papel profissional, a análise do discurso denota, em parte, a falta de conhecimento, apesar de os estudantes entrevistados estarem no último ano da graduação e já terem realizado práticas na atenção primária. Isto mostra que, também, não tinham interiorizado o conceito de seu papel profissional ou não receberam formação/informação, nem por parte dos tutores nem dos profissionais de cuidados, apesar da atenção primária de saúde e seus profissionais serem essenciais para detecção e abordagem integral, tanto por sua acessibilidade, quanto pelas possibilidades de relação com o paciente. Essa falta de transmissão de conhecimentos profissionais, em relação à VP, mostra que a Lei espanhola sobre Medidas de Proteção Integral contra a violência de gênero, de 2004, é conhecida por uma pequena percentagem de profissionais<sup>(25)</sup>.

Os alunos não entendem que assistência e acompanhamento das vítimas devem ser uma das habilidades de enfermagem e, portanto, não assumem como próprio da profissão a atenção à violência, ignorando a visão holística e ecológica<sup>(24)</sup>.

Formação/informação insuficientes, que poderiam ter sido dadas aos alunos, por parte dos tutores ou profissionais, nos centros de atenção primária da Espanha, evidenciam que é possível que haja, também,

uma falta de articulação conjunta. Além disso, os estudantes associam a escassez de recursos e a falta de preparação às dificuldades em fornecer atenção integral às mulheres vítimas de violência, corroborando com um estudo realizado no estado espanhol<sup>(24)</sup>.

As crenças e estereótipos persistem em relação às mulheres, como a visão do amor romântico<sup>(18)</sup> ou a atribuição de transtornos mentais aos agressores<sup>(17)</sup>, conduzindo a **ações erradas**.

Através dos discursos, pode-se afirmar que, os alunos veem a violência contra as mulheres como um problema social. Este tipo de violência origina-se nas relações de gênero, baseadas na desigualdade, que a partir das diferenças sexuais estruturam as relações sociais, dando significado e conteúdo sobre o que é ser homem e mulher na sociedade. Por essa construção social, é atribuída a supremacia masculina e, por conseguinte, a legitimidade em exercer poder sobre o sexo feminino, omitindo, assim, uma visão de modelos mais complexos e ecológicos que facilitam os cuidados no setor de saúde. Estas crenças dificultam a detecção de abusos nos serviços de emergência, e como exemplo, os resultados de um estudo qualitativo em EEUU, mostra que a avaliação feita pelos enfermeiros das vítimas de VP em um serviço de emergência, revela sua percepção em relação à vítima em potencial antes mesmo do protocolo sugerido pela organização<sup>(11)</sup>.

Nesta linha, diversos autores reforçam que os conhecimentos são insuficientes e equivocados sobre o papel do enfermeiro na detecção e intervenção, bem como, os mitos relacionados à situação socioeconômica, etnia, nacionalidade ou cultura dos agressores e vítimas de violência, são barreiras que impedem os profissionais de realizar uma intervenção adequada em casos de VP<sup>(12)</sup>. Daí a importância de focar, nos estudos de enfermagem, esforços para a formação de profissionais como futuros educadores neste campo.

## Conclusão

Os estudantes de enfermagem entrevistados apresentaram falta de formação sobre o fenômeno da VP, desconhecendo padrões de entrevista e protocolos, não integrando a prevenção, detecção e intervenção como parte profissional, com uma perspectiva holística e papel ecológico.

A percepção da VP como problema "social" transcende a competência de saúde, evitando o envolvimento e, portanto, a identificação do papel profissional. Falta de conhecimento sobre o fenômeno



da VP é refletida nas crenças e atitudes mais populares do que científicas, em ocasiões perigosas para a vítima e tolerância para o agressor.

Isto levanta a necessidade de introduzir conteúdos específicos e transversais sobre a violência contra as mulheres no currículo de graduação de enfermagem e a realização de uma articulação entre a assistência e o ensino, já que a formação dos profissionais de saúde é a principal via para detecção precoce de violência contra as mulheres, assistência e encaminhamento.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. 2013. [acesso 14 jan 2014]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
2. Ruiz Peña M, González Peña MJ, López Álvarez JM, Iglesias Hernández MI, Barros Rubio C, González Amaya S. Violencia de género en un área de salud. *Semer-Med Fam.* 2010;36(4):202-7.
3. Center for Injury Prevention, Control. Understanding intimate partner violence: Fact sheet [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA. 2009. [acesso 22 jul 2014]. Disponível em: [http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV\\_factsheet-a.pdf](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV_factsheet-a.pdf)
4. Sala Musach I, Hernandez Alonso AR, Ros Guitart R, Lorenz Castañe G, Parellada Esquius N. Domestic violence: a screening question. *Aten Primaria.* 2010;42(2):70-8.
5. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey Main results [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014 [acesso 5 abril 2014]. Disponível em: <http://goo.gl/1gLsv3>
6. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams J. A Violence Against Women in Latin America and the Caribbean. A comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington, DC: PAHO, 2013. [acesso 5 abril 2014]. Disponível em: [http://www.igwg.org/igwg\\_media/guedes-gbv-lac.pdf](http://www.igwg.org/igwg_media/guedes-gbv-lac.pdf)
7. Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. Consejo General del Poder Judicial [Internet]. Estadística del Observatorio: caen las denuncias de violencia de género un 5% en el primer trimestre de 2013. [acesso 20 jun 2014]. Disponível em: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=316>
8. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues.* 2011;21(5):400-6.
9. Arredondo-Provecho AB, Del Pliego G, Nadal M, Roy R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enferm Clín.* 2008;18(4):175-82.
10. Salcedo-Barrientos DM, Orchiucci Miura P, Dias Macedo V, Yoshikawa Egry E. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(3):448-53.
11. Robinson R. Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *J Emergency Nurs.* 2010;36(6):572-6.
12. Tufts KA, Clements PT, Karłowicz KA. Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. *Nurse Educ Today.* 2009;29(1):40-7.
13. Alves RB, Rosa EM. Prevenção da violência na adolescência: propostas existentes no Brasil e as possibilidades de atuação na saúde pública. *Adolesc Saude.* 2013;10(3):45-60
14. Beccaria G, Beccaria L, Dawson R, Gorman D, Harris J, Hossain D. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Educ Today.* 2013;33(8):907-11.
15. Sundborg EM, Saleh-Stattin N, Törnkvist L. Nurses preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nurs.* [Internet]. 2012. [acesso 24 jul 2014]; 11:1. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-11-1.pdf>
16. Almutairi G, Alrashidi M, Almerri A, Kamel M, El-Shazly M. How to screen for domestic violence against women in primary health care centers. *Alexandria J Med.* 2013;49:89-94.
17. Rigol A, Sánchez I. Estudio de la percepción que tienen estudiantes universitarios sobre las medidas a adoptar para prevenir y erradicar las violencias contra las mujeres. *Enfermería Comunitaria. Rev Int Cuidados Salud Familiar Comun.* [Internet]. 2007 [acesso 13 jan 2014];3(1). Disponível em: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6458.php>
18. Ferrer VA, Bosch E. Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda

educativa. Profesorado. Rev Curriculum Formación del Profesorado. 2013;17(1):105-22.

19. Duran de Villalobos MM. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. Av Enferm. [Internet]; 2012 [acceso 13 han 2014];30(1):9-12. Disponible em: <http://www.index-f.com/rae/301pdf/009012.pdf>

20. Melgueizo Herrera E, Alzate Posada ML. Ciencia y prácticas en el cuidado de salud. Av Enferm. [Internet]. 2008 [acceso 13 han 2014];26(1):(112-123). Disponible em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12>

21. Zabalegui Yarnoz A. El rol del profesional en enfermería. Aquichán. [Internet]. 2003 [acceso 13 han 2014];3(1):16-20. Disponible em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130304>

22. Bonino L. Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En: Corsi J, editor. Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires: Paidós; 1995. p. 191-208.

23. De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Invest. 2005;15:1-10.

24. Echarte JL, León N, Puente I, Laso De La Vega S, Díez E, Martínez MT. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. Emergencias. 2010;22(3):193-8.

25. Ley orgánica n. 313 de 28 de diciembre de 2004 (ES). Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Bol Of Estado [Internet]. 29 dic 2004. [acceso 30 jul 2014]. Disponible em: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2004-21760](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2004-21760)