

O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde

Domestic violence in the conception of health professionals trainers

Edinilsa Ramos de Souza¹
 Adalgisa Peixoto Ribeiro²
 Lúcia Helena Garcia Penna³
 Ana Lúcia Ferreira⁴
 Neuci Cunha dos Santos⁵
 Claudia Mara de Melo Tavares⁶

Abstract *This article identifies the conceptions and suggestions of professors of medicine and nursing courses about the insertion of this subject in the formation of their students. An exploratory research was carried out using a questionnaire applied to coordinators of disciplines in such courses at public and private universities in the cities of Rio de Janeiro and Cuiabá. Many of them recognizes violence as a health problem, although 40.7% of medicine professors and 71.1% of nursing professors of the two cities discuss this subject in their classes. The medicine professors suggests the insertion of the violence subject in their students formation with visits to institutions, meeting groups with people in violence situations and interviews with experienced professionals of the area. The nursing professors prefer resources such as films and videos, seminars and conferences. Gaps were also identified in the students and professors formation, which do not feel able to discuss this thematic. It is indicated that a renovation in the curriculum is urgently necessary.*

Key words *Domestic violence, Formation, Education, Training*

Resumo *Este artigo tem o objetivo de identificar as concepções e sugestões dos docentes de graduação de medicina e enfermagem sobre a inserção do tema violência intrafamiliar na formação dos alunos. Realizou-se uma pesquisa exploratória aplicando-se questionário a coordenadores de disciplinas de universidades públicas e particulares desses cursos nas cidades do Rio de Janeiro e de Cuiabá. A maioria dos professores reconhece a violência como problema de saúde, embora 40,7% da medicina e 71,1% da enfermagem nas duas cidades a abordem em suas aulas. Docentes de medicina sugerem a inserção transversal do tema na formação dos alunos por meio de visitas a instituições, grupos de encontro com pessoas em situação de violência e entrevista com profissionais experientes no tema. Os de enfermagem apostam em recursos como filmes e vídeos, seminários e conferências. Identificaram-se lacunas na formação dos alunos e dos professores que não se sentem capacitados para discutir a temática da violência. Indica-se necessidade de mudanças urgentes nos currículos desses cursos.*

Palavras-chave *Violência intrafamiliar, Formação, Ensino, Treinamento*

¹ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. Av. Brasil, 4036/700, Manguinhos. 21040-061 Rio de Janeiro RJ. edinilsa@claves.fiocruz.br

² Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública.

³ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

⁴ Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁵ Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso.

⁶ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria, Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense.

Introdução

A violência intrafamiliar, amplamente identificada como negligência e abuso de crianças e adolescentes, violência doméstica contra mulheres, maus tratos de idosos e de pessoas portadoras de deficiência, atinge parcelas importantes da população e tem impacto significativo no bem-estar físico, emocional e social de indivíduos e comunidades. Constitui um problema relevante de saúde pública e um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à organização de serviços e gestão de recursos humanos.

Estudos têm reconhecido que os profissionais de saúde, pela posição que ocupam na prestação de serviços à população, são considerados essenciais na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco para a violência e para a execução de iniciativas que promovam a prevenção e as intervenções mais adequadas¹⁻⁴.

Entretanto, a crescente necessidade de atendimento às vítimas de violência que chegam aos serviços de saúde, que vem ocorrendo a partir de 1980 no Brasil^{5,6}, evidencia debilidades estruturais do sistema de saúde e dificuldades de seus profissionais no atendimento e acompanhamento dessas pessoas. Tudo isso contribui para a reincidência e agravamento de casos, pela falta de implementação de medidas preventivas e de intervenções apropriadas. Certamente, muitos desses problemas estão relacionados ao processo de formação e capacitação dos membros das equipes de saúde.

A maior parte dos estudos que abordam a questão da capacitação de profissionais da saúde em relação à violência indica a necessidade de se desenvolver estratégias para instruí-los sobre o tema. É recorrente nestes estudos o relato de que os professores, alunos e profissionais da saúde reconhecem a importância do problema da violência intrafamiliar⁷⁻¹⁰. Investigações realizadas em comunidade médica, além de identificarem o aumento da consciência dos médicos sobre a violência doméstica e de recursos disponíveis para a sua abordagem, indicam também a necessidade de introduzir formalmente o tema nos currículos e desenvolver programas de capacitação permanente das equipes de saúde¹¹⁻¹³.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem elaborado manuais técnicos e políticas públicas sobre o assunto desde a década de noventa, dentre os quais se destacam a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNR-MAV), publicada na Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001¹⁴, a Portaria nº 936/GM, de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Pre-

venção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios¹⁵ e o Caderno de Atenção Básica nº 8, Violência intrafamiliar - Orientações para a Prática em Serviço¹⁶. Mais recentemente, a Política Nacional de Promoção da Saúde, promulgada na Portaria MS/GM nº 687 de 30/03/2006¹⁷, reafirma a nova posição do setor saúde, pois além de incluir oficialmente a violência em sua agenda, assume a competência em ordenar a formação de recursos humanos neste tema.

Mesmo considerando o esforço do setor saúde em recomendar as ações e práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência intrafamiliar e a fixação de diretrizes referentes à capacitação de recursos humanos em relação à implantação da política específica, as alterações curriculares nesta direção ainda são lentas, pontuais e pouco conhecidas.

O objetivo deste artigo é identificar as concepções dos docentes de graduação de medicina e enfermagem sobre a inserção do tema violência intrafamiliar na formação dos alunos/profissionais de saúde e as sugestões que dão para sua abordagem.

Metodologia

Este trabalho é parte de uma pesquisa exploratória cujo objetivo maior foi investigar a inserção do tema violência intrafamiliar nos cursos de enfermagem e medicina de duas grandes cidades onde a violência encontra-se marcadamente presente: Cuiabá e Rio de Janeiro. O recorte feito no presente artigo se refere às concepções dos docentes dos referidos cursos, sobre a violência intrafamiliar como tema necessário na formação desses profissionais de saúde.

O cenário da pesquisa foi constituído por instituições de ensino superior de enfermagem e medicina dos municípios do Rio de Janeiro e Cuiabá. A escolha das universidades em cada capital foi feita a partir da modalidade administrativa (federal, estadual e particular) e da tradição e tempo de implantação dos cursos.

Inicialmente, na análise dos currículos, foram identificadas 99 disciplinas nas quais havia a presença do termo violência ou algum outro termo correlato, sendo 58 nos cursos de medicina e 41 nos de enfermagem. Foram considerados termos correlatos à violência: traumas, acidentes, drogas, causas externas, justiça/injustiça social, direitos, exclusão, desigualdades, pobreza/miséria, entre outros, por representarem temas que poderiam gerar discussões sobre a questão da violência nas disciplinas.

Para os cursos de enfermagem, a totalidade dos coordenadores das disciplinas identificadas respondeu ao questionário, mas nos curso de medicina, apenas 45% deles o responderam, totalizando 67 docentes participantes. Os professores se distribuíram da seguinte forma: 26 professores dos cursos de medicina e 41 dos cursos de enfermagem; 49 professores dos cursos do Rio de Janeiro e 18 dos de Cuiabá e, finalmente, 48 eram professores das instituições públicas e 19 das universidades particulares.

O instrumento de pesquisa, construído para captar as concepções acerca do tema da violência intrafamiliar e sua inserção nos currículos desses cursos de graduação, era auto-aplicável e continha três questões abertas e doze fechadas.

As informações foram processadas em um banco de dados no programa EpiData versão 3.1. A fim de minimizar os erros na fase de digitação e agilizar a inserção dos questionários no banco de dados, estes foram codificados, atribuindo valores numéricos às categorias de cada item. Após a digitação, foi efetuada a crítica para verificar se havia algum erro na codificação ou digitação. Os questionários revistos nesta etapa foram 10% do total, selecionados por amostragem aleatória simples. Não foram constatados erros nesta amostra.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS versão 13.0, no qual foram calculadas as frequências simples e relativas e as análises uni e bivariadas das questões fechadas e variáveis de interesse. Os dados foram comparados em função do curso (enfermagem ou medicina) e do município pesquisado (Rio de Janeiro e Cuiabá).

A fim de verificar diferenças estatisticamente significativas, foi utilizado o teste exato de Fisher, que permite calcular a probabilidade de associação das características que estão em análise. Este teste é usado em tabelas de contingência 2x2, quando o número de dados totais é pequeno e quando há frequências esperadas menores que cinco. O teste qui-quadrado foi aplicado apenas nos casos em que não havia frequências esperadas menores que cinco. Apenas são indicadas no texto diferenças significativas a 5% e 10%.

Do ponto de vista qualitativo, a pesquisa buscou captar as sugestões dos professores, em questões abertas do questionário sobre que ações consideravam que a sua faculdade tem condições de desenvolver para preparar o aluno na prática de atenção e prevenção da violência intrafamiliar. Finalmente, foi investigado que lacunas existem na formação do aluno/profissional de saúde em relação a abordagem do tema. As questões suscitavam respostas diretas e a análise buscou, dentre a diversidade das opiniões, aquelas que convergiam, agrupando-as em torno de eixos comuns.

As opiniões assim agrupadas foram mescladas com as informações obtidas nas questões fechadas do questionário, ora reforçando-se, ora contradizendo-se mutuamente.

O estudo contou com o apoio do CNPq e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, em cumprimento aos preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Perguntados se conheciam a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), lançada pelo Ministério da Saúde em 2001, a grande maioria dos docentes das faculdades de Cuiabá aqui pesquisadas respondeu afirmativamente a essa questão. Como se pode ver no Gráfico 1, os professores dos cursos do Rio de Janeiro e principalmente os docentes de medicina são os que menos conhecem a PNRMAV.

Recente pesquisa realizada em cinco cidades brasileiras traçou um diagnóstico situacional sobre a estrutura e organização da rede de serviços do SUS para atender às vítimas de acidentes e violência¹⁸ e identificou que parte dos gestores informava na entrevista que conhecia a PNRMAV, mas posteriormente ficava evidente que não.

A quase totalidade dos docentes das duas cidades reconhece que a violência intrafamiliar é um problema de saúde, com proporções menores entre os professores das faculdades de medicina situadas no Rio de Janeiro. Apesar dessa crença, afirmam, em proporções bem menores, que discutem a questão da violência em suas disciplinas e, nesse caso, os cursos de medicina dos dois municípios são os que menos o fazem (42,1% entre os cariocas e 37,5% entre os cuiabanos).

O curso de enfermagem foi o que apresentou maior proporção de professores que abordam o tema da violência em suas aulas: 62,1% no Rio de Janeiro e 100% em Cuiabá, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,038$) entre as cidades. Em Cuiabá, encontramos ainda uma diferença significativa ($p=0,009$) com os professores de enfermagem afirmando, mais que os de medicina, que abordam o tema nas disciplinas.

Este fato pode ser explicado através de algumas questões, entre elas o despertar da enfermagem brasileira para as questões sociais nos anos setenta, a afirmação da enfermagem como prática social nos anos oitenta e os desafios assumidos pela profissão diante das transformações sociais mundiais nos anos noventa¹⁹.

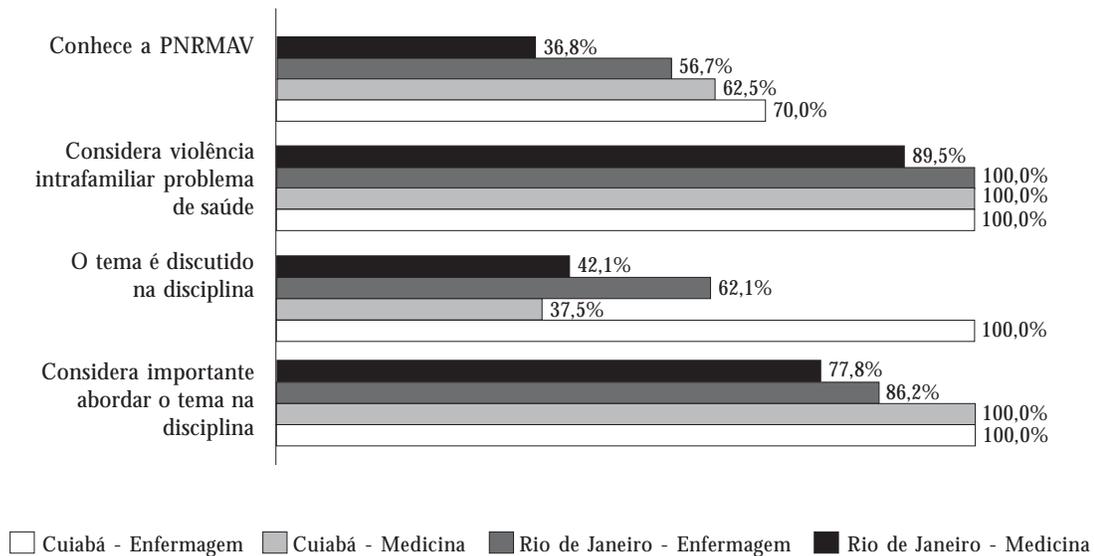


Gráfico 1. Distribuição proporcional das percepções dos docentes sobre o tema da violência intrafamiliar, segundo cidade e curso.

Apesar da maior abertura da enfermagem em relação à inserção da violência na formação de seus profissionais, Penna²⁰ discute que os docentes têm muitas dificuldades em incluir essa temática nos planejamentos curriculares. A autora argumenta que os professores que não tiveram contato científico e crítico com o tema e não receberam capacitação tendem a adotar um comportamento de reprodução simbólica das experiências de sua própria formação acadêmica, o que não quer dizer que eles não estejam sensibilizados para a temática.

Isso fica claro quando observamos, no mesmo Gráfico 1, que a grande maioria dos professores de ambos os cursos e cidades concordam que é importante discutir em suas disciplinas o tema da violência.

A literatura internacional também confirma os achados do presente trabalho. Em uma pesquisa realizada nas faculdades de enfermagem dos Estados Unidos, com o objetivo de identificar nos currículos a presença de conteúdos sobre violência contra criança, mulher e idoso, os resultados mostraram que ainda existe a necessidade de mudanças para a incorporação desse tema nesses cursos. A maioria das faculdades (63%) não desenvolve atividades educativas para a abordagem da questão durante os quatro anos de curso, mesmo sendo uma necessidade indicada. Mais de dois terços dos

programas (68%) não avaliam sistematicamente o conteúdo de violência e 75% não desenvolvem competências com foco na violência entre os alunos²¹.

Pursley e colaboradores²², em estudo que buscou analisar as percepções de 86 residentes de medicina da Universidade de Kentucky (Estados Unidos), identificaram que 26% eram incapazes de descrever dois fatores para a detecção, triagem e tratamento de pacientes envolvidos com a violência doméstica.

Costa²³ discute que, para uma formação de alunos/profissionais de saúde fundamentada na contextualização social, com instrumentos para enfrentar os problemas de saúde da população, são necessários o perfil do aluno, o conteúdo disciplinar e metodologias pedagógicas que levem os profissionais a exercerem uma ação eficaz. Além desses requisitos, deve-se considerar também os “cenários pertinentes à formação”, que segundo o autor se formam conjugando a articulação da prática com a realidade social e as necessidades de saúde da população. Ao lado disso, também está o cotidiano vivencial, que direciona as práticas de ensino e investigação com vistas a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Pensando em formas de incorporar o tema violência intrafamiliar nos cenários de formação dos médicos e enfermeiros, os docentes dos cursos e

idades aqui investigados apresentaram suas sugestões em relação aos recursos didáticos teórico-práticos e a melhor forma de absorver o tema nos currículos de graduação desses profissionais que são a base da equipe de saúde para atendimento na rede SUS.

O Gráfico 2 mostra que os professores de Cuiabá apostam mais nos recursos de grupos de encontro com pessoas em situação de violência, filmes e vídeos, assim como na experiência de outros profissionais que trabalham no atendimento a essas pessoas, enquanto os cariocas também investem suas expectativas nos filmes e vídeos, nos con-

tatos com profissionais que atendem a vítimas e em seminários e conferências. Vale ressaltar que as estratégias de ensino que envolvem a participação de usuários e profissionais de serviços remetem para uma maior integração entre as instituições de ensino e de prestação de serviços, e esta parece ser uma possibilidade mais viável na percepção dos professores cuiabanos.

Os docentes dos cursos de medicina, de ambas as cidades, concentraram suas sugestões em atividades mais tradicionais voltadas para a academia e para o contato com outros profissionais que trabalham com o tema, incluindo seminários, entre-

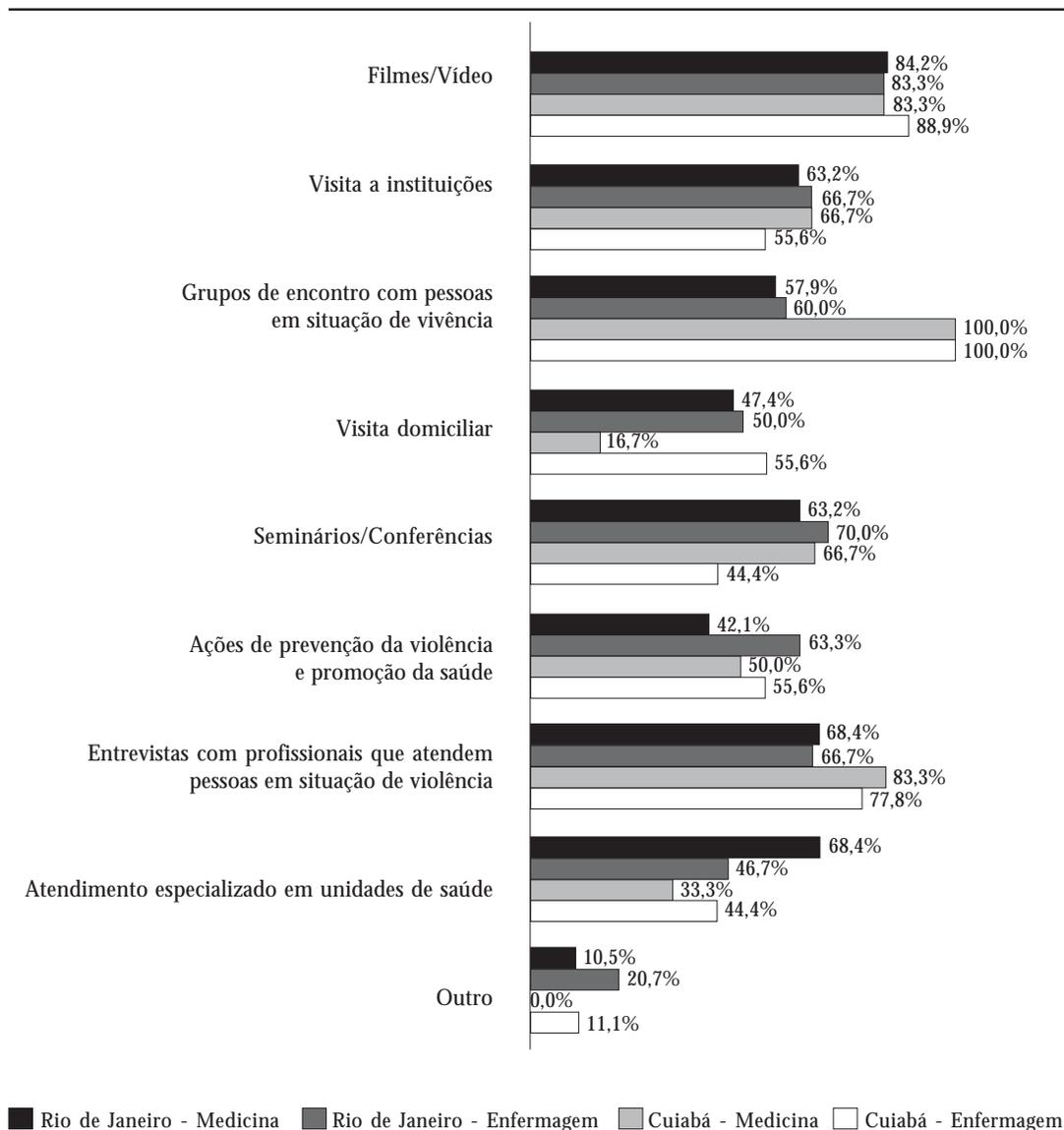


Gráfico 2. Distribuição proporcional das sugestões dos docentes sobre recursos teórico/práticos para ajudar na formação dos alunos, segundo cidade e curso.

vistas e visita a instituições. Já os que trabalham nos cursos de enfermagem apostam em recursos mais alternativos como filmes, vídeos, visita domiciliar e a instituições que prestam atendimento a esse público, ações de prevenção e promoção da saúde. Estes achados vêm reforçar as análises anteriores desta pesquisa relativas aos currículos, demonstrando que algumas inovações e incorporações de temas e recursos metodológicos estão se processando na formação dos enfermeiros, certamente pelas novas diretrizes curriculares nacionais¹⁴, mas também pela defesa da enfermagem como prática social e inserção do ensino de enfermagem no campo da pedagogia crítica. Esta forma de assimilação dos conhecimentos parece ser mais condizente com a teoria crítica da educação e com as abordagens recomendadas para a atuação frente à violência.

Este novo modelo de formação busca uma prática social crítica e transformadora dos profissionais da área da saúde frente aos fenômenos sociais que interferem diretamente sobre a saúde das pessoas, como, por exemplo, as situações de violência. Tem sua base calcada na teoria crítica da educação, em que a idéia principal consiste em buscar construir dialogicamente com os diversos segmentos da sociedade estratégias de transformação da realidade a partir dos reais problemas apontados pelos mesmos.

Como podemos observar no Gráfico 2, os docentes de medicina cuiabanos acreditam mais que os cariocas no recurso dos grupos de encontro com pessoas em situação de violência, com uma diferença significativa entre eles ($p=0,062$).

Alguns dos entrevistados sugeriram outros recursos, dentre os quais visita a delegacias e emergências hospitalares, apropriação de conteúdo teórico acerca do assunto, abertura de estágio na área, conhecimento da legislação sobre o tema, contato com movimentos sociais que abordem a questão, grupo vivencial e/ou de dramatização.

A educação básica sobre a violência intrafamiliar foi outro recurso apontado, o que pode ser entendido como um conhecimento a ser obtido no ensino fundamental e/ou médio ou desde os primeiros períodos da graduação. Essa mesma questão é recomendada no texto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência²⁴.

Os professores dos cursos de enfermagem (63,3% no Rio de Janeiro e 80,0% em Cuiabá) e da medicina de Cuiabá (42,9%) preferem que o tema da violência intrafamiliar seja incorporado na formação dos alunos/profissionais de saúde como conteúdo transversal nas disciplinas do currículo e

nas disciplinas com conteúdos correlatos. Os que atuam nos cursos de medicina na cidade do Rio de Janeiro (68,4%) querem que o tema seja abordado nas disciplinas de conteúdos correlatos e, nesse item, observamos uma diferença significativa ($p=0,095$) entre os médicos das duas cidades e entre os cursos da cidade do Rio de Janeiro ($p=0,086$).

Vale a pena destacar a pouca aprovação dos docentes em relação à abordagem do tema como disciplina obrigatória ou eletiva, como mostra o Gráfico 3. A diferença entre os médicos das duas cidades em relação a essa questão foi significativa ($p=0,065$), com os cuiabanos se apresentando mais favoráveis à obrigatoriedade.

Os achados acima demonstram que os professores não recomendam que o tema seja abordado na forma de uma disciplina, mas grande parcela deles acha que ela deve ser inserida transversalmente. Entretanto, é bom lembrar que, mesmo com esse posicionamento, a análise dos currículos, realizada anteriormente nesta pesquisa, mostrou que a inserção do tema ainda é incipiente: a violência somente foi explicitada ou apareceu na forma de outro termo correlato em 23% das disciplinas dos cursos de medicina e em 16,3% das disciplinas dos de enfermagem.

Convém destacar que, ao incorporar esse tema de forma não obrigatória e transversalmente, corre-se o risco do mesmo continuar sendo pouco abordado e na dependência de professores já sensibilizados. Assumi-lo enquanto temática obrigatória em algumas disciplinas significa dar-lhe a devida importância, priorizá-lo na formação dos alunos e também é uma forma de pressionar os docentes para que busquem se capacitar.

Como observamos nos dados até aqui apresentados, a violência ainda é um tema pouco discutido na formação dos alunos que futuramente atuarão como profissionais de saúde no SUS atendendo à grande demanda de pessoas que sofrem as consequências da violência intrafamiliar.

Esse tema parece que ainda não foi incorporado na prática das pessoas que atuam nos serviços e também dos formadores desses profissionais. Isso se torna mais claro quando observamos os dados mostrados no Gráfico 4. Perguntados sobre quais seriam os recursos que os coordenadores de disciplinas consideravam importantes para ajudar na formação dos alunos, as respostas de mais de 80% deles se concentraram na opção da capacitação dos docentes com cursos de atualização, especialização e educação permanente. Esse achado mostra que os professores não se sentem aptos a lidar com a questão.

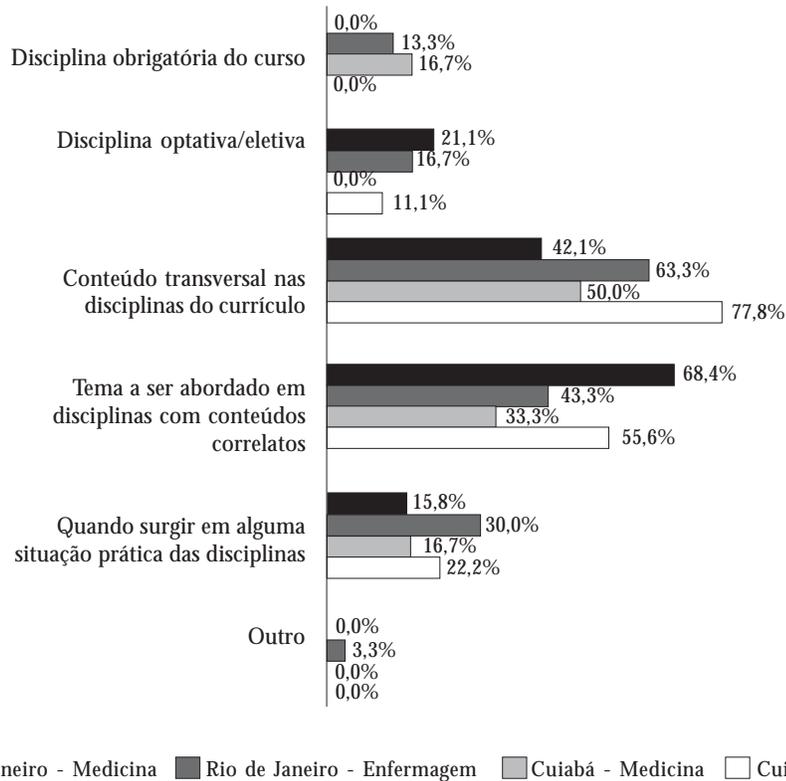


Gráfico 3. Opinião dos docentes sobre a forma de incorporação do tema da violência intrafamiliar na formação dos alunos.

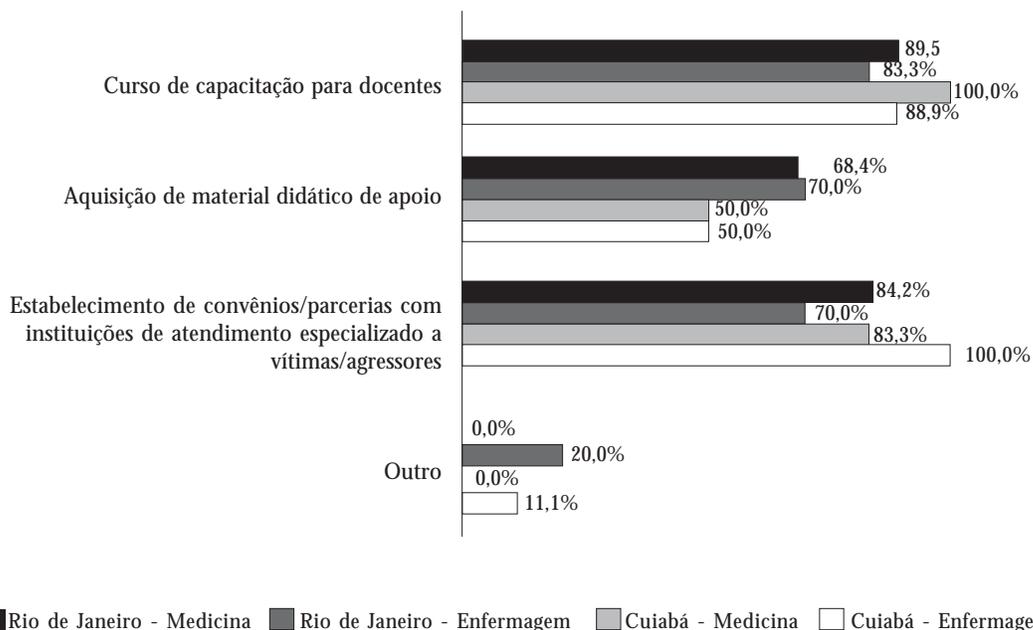


Gráfico 4. Sugestões dos docentes sobre os recursos que consideram importantes para a formação dos alunos.

Além disso, o estabelecimento de convênios e parcerias com instituições de atendimento especializado a vítimas e agressores como Conselho Tutelar, SOS Criança, SOS Mulher, Delegacia Especializada e Instituto Médico Legal foi uma opção muito citada pelos docentes. Foi observada diferença significativa entre os enfermeiros das duas cidades ($p=0,081$) e os cariocas foram os que menos solicitaram essa estratégia.

A aquisição de material didático foi o recurso considerado menos importante pelos professores, principalmente entre os médicos de Cuiabá.

Os docentes sugeriram ainda outras opções, como o trabalho interdisciplinar entre os alunos dos cursos de enfermagem, medicina, psicologia, direito, serviço social, história e filosofia; cursos e projetos de extensão para alunos/profissionais que discutam politicamente a questão; estudos entre alunos e docentes sobre o tema; parceria com movimentos sociais, organizações não governamentais e representações populares que trabalham com a violência intrafamiliar. Também houve quem afirmasse que esse tema já vem sendo abordado na especialização de saúde mental.

Ao investigar, em uma das questões abertas, qual a visão dos docentes sobre as ações que eles julgam que suas faculdades têm condições de desenvolver para preparar os alunos na prática de atenção e prevenção da violência intrafamiliar, observamos que as suas sugestões envolvem várias possibilidades que já poderiam estar sendo adotadas. Suas respostas foram agrupadas e estão explicitadas nos itens a seguir.

Ações relacionadas à assistência

Estabelecer parcerias/convênios com instituições que lidam com a violência para inserção dos alunos; fazer grupos com população de risco que frequenta o hospital; atender às famílias, vítimas e agressores; desenvolver atividades educativas de sala de espera com os alunos no ambiente hospitalar; realizar treinamento em ambulatório especializado; promover contato dos alunos com profissionais que lidam com o problema em atividades extramuros e com alunos de outros cursos.

Ações relacionadas ao ensino de graduação

Inserir o conteúdo no currículo da graduação em disciplinas que envolvem grupos-alvo ou que tenham interface com o tema (saúde pública, psicologia, doenças infecto-parasitárias, entre outras); criar disciplina que trate do tema ou inseri-lo de forma transversal em outras disciplinas; promo-

ver seminários internos; sensibilizar e formar alunos aptos a lidar com o ser humano em suas individualidades e especificidades e capazes de adotar estratégias e atitudes para resolver situações conflitantes na prática profissional; abordar a temática da violência a partir da discussão ética da desigualdade; desviar o foco do ensino, do atendimento de pacientes internados para o atendimento primário em serviços de emergência, onde as situações são mais detectadas; promover grupos de estudo; adquirir e elaborar material didático como filmes e literatura.

Ações relacionadas à extensão

Organizar diversas modalidades de eventos sobre o tema (seminários, cursos de atualização para profissionais de saúde); trabalhos educativos em comunidades e postos de saúde; organizar projetos de extensão relativos ao tema; participar de frentes e fóruns populares sobre a questão; elaborar capacitações com ações integradas das áreas do direito, medicina, assistência social, psicologia e outras; participar de atividades com alunos e professores de primeiro grau.

Ações relacionadas à pesquisa

Estimular projetos de pesquisa e a produção científica sobre a temática, envolvendo os alunos;

Ações de formação/educação continuada para os docentes

Organizar eventos sobre o tema no espaço da universidade e cursos de capacitação para professores; divulgar as ações em desenvolvimento na universidade para os alunos e promover intercâmbio entre os cursos da faculdade.

Conforme pudemos perceber, os docentes demonstram em respostas bastante diversificadas que a faculdade tem muito como contribuir para a formação de seus alunos no tocante ao tema aqui estudado. As sugestões dadas pelos professores revelam ações possíveis de serem executadas e que requerem planejamento e organização das universidades para que o tema seja discutido nesse espaço de formação dos profissionais que irão atuar na rede pública de saúde.

Finalmente, foi solicitado aos docentes que apontassem as lacunas que julgam haver na formação dos alunos em relação à temática. Em suas opiniões, fica clara a existência de diversas limitações, tanto na formação do aluno como na do professor. Chama atenção o número de respostas que

dizem que o tema não é abordado na graduação ou o é de forma insuficiente e superficial.

Na visão desses atores, as dificuldades na formação dos alunos localizam-se na falta de conteúdo específico e de sistematização de conhecimentos sobre violência. Quando abordado, o é de forma pontual, difusa e pouco aprofundada, sem relação com o programa curricular. Também não é abordado formalmente nas atividades práticas. Este, assim como outros temas como uso de drogas, sexualidade, relação médico-paciente, abordagem do paciente terminal e do paciente psiquiátrico, ainda é discutido de forma aberta. Sintetizam afirmando que falta obrigatoriedade do ensino teórico e prático sobre o tema. Neste sentido, é importante ressaltar que alguns deles se posicionaram contra a existência de uma disciplina obrigatória específica sobre violência, mas isso não impede que o tema seja obrigatoriamente inserido em outras disciplinas, de modo transversal e em disciplinas com conteúdos afins.

Os professores consideram que as especialidades têm muito conteúdo a ser abordado e não conseguem inserir mais um tema como este. Nesse sentido, acham que seria necessário rever o planejamento dos currículos e afirmam, criticamente, que há pouca ou nenhuma interlocução entre os representantes das áreas que compõem o currículo e os professores.

Segundo eles, os alunos e docentes deveriam ter condições de segurança e acesso ao Programa de Saúde da Família (PSF), comunidades e escolas para vivenciar a realidade do problema. No entanto, devido à violência urbana, os alunos ficam afastados dos campos de prática. A existência de poucos locais de atendimento onde o graduando possa estagiar dificulta a aproximação deles ao atendimento e às intervenções necessárias aos casos de violência, levando os alunos, despreparados, a basear suas condutas em sua bagagem de vida. Curiosamente, para eles, faltam espaços acadêmicos para discutir política e filosoficamente a violência, como se a universidade não se constituísse como tal, o que caracteriza a dicotomia entre teoria e prática. Ressaltaram também a pouca interação entre as instituições formadoras e as unidades de cuidado e proteção.

Ainda em relação à formação dos alunos/profissionais de saúde, os professores afirmam que há desorganização do sistema de saúde em geral (como, por exemplo, pessoas não atendidas, falta de médicos), levando ao descrédito do profissional. Também destacam a pouca visibilidade do problema por falta de dados, de material didático e de incentivo à leitura de jornais e revistas que forneçam subsídios para as discussões.

Outra dificuldade apontada é a percepção de que a violência ainda é tida como “algo gestante” ou como “assunto de família”. Reconhecem a não valorização do tema, admitindo que talvez isso ocorra por não existir uma solução pronta, como um medicamento facilmente prescritível para o problema. Julgam que a atenção básica também não valoriza a abordagem das questões relativas à violência e dão maior enfoque à atenção hospitalar. Para eles, o modelo biomédico de ensino continua muito presente e na anamnese, por exemplo, as condições socioeconômicas, psicológicas e culturais, o relacionamento familiar e as demandas psicossociais ficam em segundo plano em detrimento das questões biológicas do paciente, sobretudo na formação médica.

Por outro lado, em relação à formação dos docentes, uma das dificuldades citadas pelos próprios professores é o desconhecimento de onde conseguir apoio e recursos da comunidade para prestação de assistência. Reclamam da falta de informações que contribuam para a formação dos alunos, sobretudo do Ministério e das Secretarias de Saúde. A pouca capacitação profissional, atualização e reciclagem, aliada à pouca literatura disponível e ao medo de lidar com as questões da violência (sobretudo das situações íntimas), levam professores e profissionais a não se aprofundarem no tema.

Os docentes também apontaram a falta de experiência para lidar com as vítimas, para acolher e atuar junto à criança, ao adolescente, à família vítima de violência e atender ao agressor.

Consideram que lhes faltam metodologias para desenvolver uma abordagem prática do tema, principalmente quando o campo de ensino clínico é a rede hospitalar.

Considerações finais

Diferente de outros problemas de saúde, a complexidade que envolve o tema da violência requer que sua abordagem no âmbito da atenção em saúde também seja complexa. Não se trata simplesmente de cuidar de ferimentos, mas de fornecer uma escuta qualificada, o apoio necessário e uma equipe apta a realizar um atendimento mais integral.

É imprescindível ressaltar o ineditismo e a importância deste trabalho no momento em que as universidades brasileiras encontram-se reformulando seus projetos político-pedagógicos e que o Ministério da Saúde está investindo na implementação da Política de Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e do plano de ação

para a implementação da mesma, sendo todos extremamente enfáticos com a questão da formação dos profissionais de saúde para o atendimento qualificado aos agravos provocados à saúde pela violência.

Ao abordar a inserção da temática violência intrafamiliar no planejamento curricular dos cursos de graduação em medicina e enfermagem através da visão dos docentes, pensamos que este estudo é de grande relevância. Ele coloca em debate a formação destes atores e desencadeia a discussão sobre a introdução de temas sociais complexos na formação de profissionais da saúde, que repercutem direta e indiretamente na saúde da população, como é o caso da violência. Temas desta natureza, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, funcionam como “analisadores institucionais”, mostrando as próprias limitações dos currículos de formação profissional.

As políticas públicas de modo geral, e as específicas de atenção e prevenção dos acidentes e violências, dirigidas à criança e ao adolescente, à mulher, ao idoso e outros grupos vulneráveis, enfatizam o importante papel da inserção do tema no âmbito do ensino nos diversos níveis devido à sua magnitude e impacto na saúde da população brasileira. Às políticas agregam-se leis como os Estatutos da Criança e do Adolescente e o do Idoso, que destacam que a violência precisa ser enfrentada e uma forma de fazê-lo é sensibilizando, conscientizando, capacitando e formando pessoas dos mais diversos âmbitos da sociedade, mas, sobretudo, os alunos e profissionais do setor saúde, para onde convergem as vítimas desses eventos.

Entretanto, o conhecimento advindo do presente trabalho mostra que, mesmo diante dos elevados índices de violência na realidade brasileira, das orientações do SUS, das políticas específicas

sobre violência e das universidades que formam profissionais capacitados para atender aos principais problemas de saúde da população, ainda é incipiente nessas últimas o debate e a apropriação desse tema em suas grades curriculares.

Sabemos que as mudanças curriculares não ocorrem sem políticas específicas e que, mesmo quando estas são criadas, levam um bom tempo para assimilação do corpo docente, que resiste sob o impacto do modelo de sua própria formação profissional.

Este estudo conseguiu trazer à tona alguns pontos fundamentais a partir das falas dos professores, tais como o medo e a falta de treinamento e capacitação do corpo docente para a abordagem da violência.

A partir desses achados, é preciso não só desencadear formas de suprir tal lacuna na formação do docente, mas também de inovar nas metodologias e conteúdos, incluindo a possibilidade de verbalização dos medos e trabalho de fortalecimento pessoal e profissional para lidar com o tema.

É preciso realçar que os estudantes necessitam ser incentivados a desenvolver a consciência crítica das forças sociais maiores que afetam a vida e a saúde, e a reconhecer o seu papel potencial como membro de uma comunidade que se posiciona contra a violência. Mas esse incentivo e essa consciência cidadã dependem, em grande medida, dos docentes que atuam diretamente nesta formação.

Finalmente, é importante destacar a necessidade de integração e coerência entre as diretrizes preconizadas nas políticas públicas e as diretrizes básicas da educação no sentido de capacitar os alunos, futuros profissionais para o enfrentamento dos problemas sociais e de saúde para os quais necessitam ter uma consciência crítica que possibilite a superação dos mesmos.

Colaboradores

ER Souza e AP Ribeiro participaram da concepção, análise dos dados e escrita do artigo. AL Ferreira contribuiu com a análise dos dados e a revisão final. LHGPenna, CMM Tavares e NC Santos contribuíram com a revisão do artigo.

Referências

1. Rosenberg ML, Fenley MA, Johnson D, Short L. Bridging prevention and practice: public health and family violence. *Acad Med* 1997; 72(Suppl.):S13-S18.
2. Short LM, Cotton D, Hodgson CS. Evaluation of the module on domestic violence at the UCLA School of Medicine. *Acad Med* 1997; 72(Suppl.):S75-S92.
3. Weiss LB, Kripke EN, Coonse HL, O'Brien MK. Integrating a domestic violence education program into a medical school curriculum: challenges and strategies. *Teach Learn Med* 2000; 12:133-40.
4. Carney DM, McKibbin L. Screening for domestic violence. *Nurs Manage* 2003; 34:35-36.
5. Minayo MCS, Souza ER, Malaquias JV, Reis AC, Santos NC, Veiga JPC, Silva CFR, Fonseca IG. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.109-130.
6. Souza ER, Lima MLC. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):363-374.
7. Reid SA, Glasser M. Primary care physicians' recognition of and attitudes toward domestic violence. *Acad Med* 1997; 72:51-53.
8. Cullinane PM, Alpert EJ, Freund KM. First-year medical students' knowledge of, attitudes toward, and personal histories of family violence. *Acad Med* 1997; 72:48-50.
9. Hendricks-Matthews MK. A survey of family-violence curricula in Virginia medical schools and residencies at university medical centers. *Acad Med* 1997; 72:54-56.
10. Dickstein LJ. Practical recommendations for supporting medical students and faculty in learning about family violence. *Acad Med* 1997; 72(Suppl.):S105-S109.
11. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas doméstica. *Rev. Saude Publica* 1999; 33:547-553.
12. Raul M, Aleman M, Fernandez A, Perez Stable EJ. Conocimientos y detección de violencia domestica por los médicos clínicos. *Medicina (B. Aires)* 2000; 60:591-594.
13. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, Debiaggi M, Reis MG, Cardoso RG, Blank P. Domestic violence and its manifestations. *Rev Psiquiatria-RGS* 2003; 25:9-21.
14. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Parecer CNE/CES 1.133. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; 2001.
15. Brasil. Portaria nº 936/GM, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União* 2004; 20 mai.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço* [Caderno de Atenção Básica nº 8]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde* [Textos básicos de saúde, série B]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Minayo MCS, Deslandes SF. *Acidentes e violências na pauta política do setor saúde: análise diagnóstica de institucionalização* [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: CLAVES; 2007.
19. Cabral IE, Souza IEO, Coelho MJ. Projeto pedagógico de enfermagem e a formulação das diretrizes curriculares para o curso de graduação: uma análise crítica. *Caderno CE* 2002; 5(3):88-104.
20. Penna LHG. *A temática da violência contra a mulher na formação da enfermeira* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
21. Woodtli MA, Breslin E. Violence-related content in the nursing curriculum: a follow-up national survey. *J Nurs Educ* 2002; 41:340-348.
22. Pursley HG, Kwolek DS, Griffith CH, Wilson JF. Women's health issues and residents' knowledge. *J Ky Med Assoc* 2002;100: 238-244.
23. Costa HOG. A problematização da violência como experiência de ensinar em saúde. *Interface (Botucatu)* 1999; 3(5):63-74.
24. Brasil. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* 2001; 18 mai.

Artigo apresentado em 17/10/2007
Aprovado em 27/06/2008