



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

CÍCERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR USUÁRIAS DE UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTOS, DESAFIOS E ENFRENTAMENTO**

**CAMPINA GRANDE
2015**

CÍCERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR USUÁRIAS DE UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTOS, DESAFIOS E ENFRENTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba
como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

**CAMPINA GRANDE
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586v Silva, Cícera Renata Diniz Vieira.
Violência doméstica sofrida por usuárias de Unidades de Saúde da Família [manuscrito] : impactos, desafios e enfrentamento / Cícera Renata Diniz Vieira Silva. - 2015.
82 p. : il.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2015.

"Orientação: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa".

1. Violência contra a mulher. 2. Violência na gestação. 3. Atenção à saúde. 4. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 362.83

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Título: Violência doméstica sofrida por usuárias de Unidades de Saúde da Família: Impactos, desafios e enfrentamento.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 29/05/2015

Banca Examinadora


Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba


Assinatura

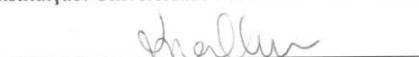
Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba


Assinatura

Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais


Assinatura

AGRADECIMENTOS

A Deus, de quem provém o dom da vida e que me concede força para não desistir dos meus objetivos, mesmo diante das dificuldades e obstáculos enfrentados na caminhada.

A minha querida Creusa, que consegue ser com excelência minha mãe, pai, tia, madrinha, amiga e companheira. Ela que não mediu esforços para me oferecer a melhor educação para a vida, com tanto amor e dedicação. Esta vitória é dedicada a ela.

Aos meus familiares, que sempre me demonstraram carinho, admiração e apoio.

Ao meu marido e amigo, Jannyson, pelo companheirismo e apoio fundamentais.

Aos meus amigos pessoais e da vida acadêmica, pelas orações, ajuda, torcida e companheirismo.

Às acadêmicas de enfermagem da Faculdade de Integração do Sertão, que me ajudaram em uma etapa da coleta de dados. A ajuda de vocês foi fundamental para a concretização desta pesquisa.

Aos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, onde a pesquisa foi realizada, pelo acolhimento e presteza em me receber nos seus ambientes de trabalho.

Às mulheres que participaram desta pesquisa. Como foi um desafio para mim adentrar na vida destas guerreiras, tão machucadas e sofridas. Em muitos momentos segurei firme para não vacilar e desabar, diante de muitas histórias de vida. Obrigada por confiarem em mim e me presentear com esta experiência ímpar na pesquisa.

Ao professor Alessandro, meu orientador, pela paciência e auxílio nesta caminhada da minha vida, assim como a todos os professores que deram sua contribuição na minha vida acadêmica, inclusive aos membros da banca examinadora, professora Renata e professor Mauro.

A Andreia Medeiros, que me ajudou bastante com as análises estatísticas e me tirou de um sufoco!

Enfim, ninguém vence sozinho. Agradeço a todos por esta vitória conquistada!

Loucura? Sonho?

Tudo é loucura ou sonho no começo

Nada do que o homem fez no mundo teve início de outra maneira

Mas tantos sonhos se realizaram

Que não temos o direito de duvidar de nenhum.

Monteiro Lobato

RESUMO

INTRODUÇÃO: A violência é um fenômeno social e histórico que acompanha a evolução da humanidade, afetando a saúde individual e coletiva e se apresenta como objeto de saúde pública revelando-se, nacional e internacionalmente, uma problemática que implica perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos. A violência contra a mulher resulta em danos a sua saúde, como problemas ginecológicos em geral, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, insônia, ansiedade, disfunção sexual e desordem alimentar, fazendo com que estas recorram aos serviços de saúde para tratamento e acompanhamento destes problemas. **OBJETIVO:** Analisar a violência doméstica em mulheres usuárias da Atenção Primária a Saúde quanto ao tipo de violência sofrida, principais injúrias sofridas e busca de ajuda após violência sofrida. **MATERIAL E MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo transversal analítico conduzido com mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família do município de Serra Talhada, Pernambuco, Brasil, com faixa etária entre 15 e 49 anos de idade, que já tiveram pelo menos um relacionamento estável com homens. O instrumento de coleta de dados foi um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde e validado no Brasil sobre violência doméstica contra a mulher. Para o cálculo amostral, considerou-se uma prevalência de violência doméstica contra a mulher estimada em 46%, de acordo com outros estudos, aceitando-se um erro amostral de 5%, o tamanho de amostra resultou em 373 indivíduos. Acrescentando-se efeito de delineamento de 1,2 e 10% para perdas, a amostra final do estudo foi de 493 indivíduos. Foi utilizada a estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais, média e desvio padrão) e analítica (Regressão bivariada e multivariada de Poisson com variância robusta), com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Para esta dissertação, foram produzidos dois artigos originais. Um sobre a violência contra a mulher e outro sobre a violência durante a gestação. Com relação ao primeiro artigo, quanto à prevalência, 46,8% das mulheres foram vítimas de agressão pelo companheiro, a maioria sofrendo mais de um tipo de violência (68,4%). Houve predomínio da violência psicológica (37,3%), seguida da física (33,7%), e da sexual (18,7%). O uso de álcool e drogas ilícitas e o envolvimento do companheiro em brigas na comunidade e no círculo familiar se mostraram associados a uma maior prevalência de violência ($p=0,001$ e Razões de Prevalência de 5,08; 1,41; 1,34 e 1,41, respectivamente). Os resultados do segundo artigo evidenciaram que 33,5% das mulheres já foram agredidas fisicamente durante o período gestacional. Das ocorrências, 98,3% foram perpetradas pelo companheiro íntimo e pai da criança e 19,8% das mulheres afirmaram que durante as agressões, levavam socos ou pontapés contra a barriga. Houve associação estatisticamente significativa entre o uso de álcool e drogas ilícitas e a ocorrência de agressões. As demais variáveis foram inseridas no modelo final com valor de $p<0,20$. Na análise multivariada permaneceu no modelo final a variável ocorrência de agressão antes da gestação (Razão de Prevalência 4,44). **CONCLUSÕES:** Os resultados da pesquisa evidenciam que a violência contra a mulher ainda é motivo de preocupação, principalmente na área da saúde coletiva. Reforça-se a necessidade de medidas que de fato, efetivem as políticas públicas no atendimento a esta demanda.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência na gestação. Atenção à saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Violence is a socio-historical phenomenon accompanying the evolution of humanity, affecting individual and collective health and is incorporated as a public health object revealing, nationally and internationally, a problem that involves losses to the welfare, community safety and human rights. Violence against women is defined by the United Nations as any act of gender-based violence that results or may result in damage or physical, sexual or psychological to the woman being responsible for many complaints with which they resort to services health, such as gynecological problems in general, sexually transmitted diseases, depression, insomnia, anxiety, sexual dysfunction and eating disorders. **OBJECTIVE:** To analyze the prevalence of domestic violence in women of Primary Health. **METHODS:** This was a cross-sectional study conducted in the health units of Serra Talhada family, Pernambuco, Brazil, with women living in the city, aged between 15 and 49 years of age who have had at least one relationship stable with men. The data collection instrument was a document prepared by the World Health Organization and validated in Brazil on domestic violence against women. For the sample size was calculated, the prevalence of domestic violence against women estimated at 46%, according to other studies, accepting a sampling error of 5%, the sample size resulted in 373 individuals. Design effect up adding 1,2 and 10% for losses, the final study sample of 493 individuals. Descriptive statistics were used (absolute distributions, percentages, mean and standard deviation) and analytical (bivariate and multivariate Poisson regression with robust variance) with the 5% level of significance. **RESULTS:** For this dissertation, were produced two original articles. One on violence against women and another on violence during pregnancy. Regarding the first article, the prevalence, 46,8% of women were victims of aggression by their partners, most suffering more than one type of violence (68,4%). There was a prevalence of psychological violence (37,3%), followed by physics (33,7%), and sexual (18,7%). The use of alcohol and illegal drugs and the involvement of the partner in fights in the community and in the family circle were associated with a higher prevalence of violence ($p = 0,001$ and Reasons prevalence of 5,08; 1,41; 1,34 and 1,41, respectively). The results of the second article showed that 33,5% of women have been physically assaulted during pregnancy. 98,3% of incidents were perpetrated by an intimate partner and the child's father. 19,8% of women reported that during the attacks, took punches or kicks to her stomach. There were important and significant association statistically between the use of alcohol and illegal drugs and the occurrence of aggression. The other variables were included in the final model with $p < 0.20$. In the multivariate analysis in the final model the variable occurrence of aggression before pregnancy (Prevalence ratio 4,44).

CONCLUSIONS: The survey results show that violence against women is still cause for concern, especially in the area of public health. Reinforces the need for measures to actually effect to the public policies in meeting this demand.

Keywords: Violence against women. Violence during pregnancy. Health care. Public health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização das variáveis independentes do estudo.....	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Mulheres entre 15 e 49 anos de idade cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do município de Serra Talhada – PE.....	24
Tabela 2: Mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da Família de Serra Talhada – PE por grupo etário (N) e número de mulheres entrevistadas em cada Unidade, por grupo etário (n).....	25

ARTIGO 1

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	33
Tabela 2: Tipos de violência sofridos pelas entrevistadas de acordo com faixa etária. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	33
Tabela 3: Distribuição das entrevistadas nos modelos bivariado e multivariado de regressão de Poisson para a ocorrência de agressão física e o contexto de vida das entrevistadas e seus companheiros. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	34
Tabela 4: Principais lesões sofridas pelas entrevistadas que foram agredidas fisicamente pelos companheiros e sua frequência de ocorrência. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	35
Tabela 5: Procura por serviços de apoio de acordo com o tipo de violência sofrida. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	36

ARTIGO 2

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	49
Tabela 2: Características da violência física na gestação sofrida pelas entrevistadas. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	49
Tabela 3: Distribuição das entrevistadas nos modelos bivariado e multivariado de regressão de Poisson para a ocorrência de agressão física na gestação e o contexto de vida das entrevistadas e seus companheiros. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	50
Tabela 4: Tipos e manifestações de violência sofridos pelas entrevistadas que já estiveram em situação de violência na gestação pelos companheiros. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS

DEAM	DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À MULHER
SIH	SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR
SIM	SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADES
SINAN	SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
PAISM	PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
VIVA	VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 MATERIAL E MÉTODOS	23
3.1 Tipo de pesquisa	23
3.2 Local da pesquisa	23
3.3 População e amostra	23
3.4 Critérios de inclusão	23
3.5 Critérios de exclusão	23
3.6 Cálculo amostral	24
3.7 Variáveis do estudo	25
3.8 Instrumento de coleta de dados	27
3.9 Procedimentos de coleta de dados	27
3.10 Processamento e análise dos dados	27
3.11 Aspectos éticos	27
4 RESULTADOS	28
ARTIGO 1 - As faces da violência doméstica contra a mulher.	29
ARTIGO 2 - A mulher que gera vida e que sofre: Gestantes em situação de violência doméstica.	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
6 REFERÊNCIAS	60
7 APÊNDICES	68
8 ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

1.1 A violência contra a mulher no Brasil

A violência contra a mulher, também caracterizada como violência doméstica contra a mulher, violência de gênero ou violência perpetrada por parceiro íntimo foi definida oficialmente pela Organização das Nações Unidas como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra em público ou na vida privada.” (ONU, 1993).

É, sabidamente, o tipo mais generalizado de abuso dos direitos humanos e o menos reconhecido, pois diferentemente da violência contra crianças e idosos, que gozam do privilégio de comoção, a mulher em situação de violência geralmente é considerada culpada pela agressão, estando este acontecido rodeado de preconceito (DAY *et al.*, 2003; SALIBA *et al.*, 2007).

A violência contra a mulher acontece majoritariamente no ambiente doméstico, sendo praticada, quase sempre por homens da família, sendo por isso definida também como violência perpetrada por parceiro íntimo. Acobertados pelos laços afetivos, eles podem levar ao extremo as relações de dominação originadas na cultura patriarcal, centrada na noção de sujeição feminina ao exercício do poder masculino e, se necessário, pelo uso da força física (BRASIL, 2004).

Para Minayo (2006), dentro de um contexto estrutural e devido ao seu alto grau de enraizamento, a violência no Brasil acontece em consequência dos níveis elevados de desigualdade social. As mulheres brasileiras são duplamente vítimas de situações de violência. Como cidadãs, defrontam-se com as variadas formas de violência que atingem a sociedade brasileira. Como mulher, o assédio sexual no trabalho, as desigualdades salariais, o uso do corpo como objeto nas campanhas de publicidade e o tratamento desumano que muitas recebem em serviços de saúde.

Saffioti (1997) propôs a nomenclatura violência intrafamiliar após fazer uma análise das contradições existentes na construção histórica dos sujeitos, considerando gênero, raça/etnia e classe social e demonstrou que existem peculiaridades, ainda que sutis entre a violência doméstica e a violência intrafamiliar. De acordo com a autora, a violência doméstica instala-se entre pessoas que não mantém necessariamente vínculos consanguíneos ou afetivos, enquanto que, a violência intrafamiliar ocorre entre pessoas com vínculos consanguíneos ou afetivos, havendo em comum entre estas modalidades,

o espaço doméstico. Entretanto, a própria autora afirma que elas são parcialmente sobrepostas, uma vez que a violência familiar pode estar contida na doméstica.

Deste modo, em relação à violência contra a mulher praticada e perpetrada por parceiro íntimo, ambos os termos podem ser utilizados, haja vista que esse tipo de violência pode ser entendido tanto como intrafamiliar, por ocorrer entre sujeitos que mantêm laços afetivos, como pode ser conceituado como violência doméstica, por ocorrer dentro do espaço doméstico (SAFFIOTI, 1989).

O lócus familiar carrega a cultura de desvalorização do papel feminino, uma vez que a família é uma instituição social que organiza as relações entre os gêneros e exerce controle social sobre a identidade e o corpo feminino. Tal controle pode legitimar direitos dos maridos sobre suas esposas, dando-lhes prerrogativa de exercerem até mesmo a força física contra elas (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

Percebe-se, deste modo, que as situações de violência contra a mulher configuram-se como eventos complexos e específicos, uma vez que se encontram inseridas no ambiente doméstico e privado, que é tido como um local de proteção para os que ali vivem e convivem e, como tal, traz implícita a noção que os problemas precisam ser solucionados apenas pelos envolvidos no contexto violento.

1.2 Violência contra a mulher sob a perspectiva de gênero

A violência contra a mulher pode ser compreendida sob a perspectiva de gênero, e neste sentido apresenta-se como resultado das relações de poder entre homem e mulher, tornando visível a desigualdade existente entre eles, onde o masculino é quem determina qual é o papel do feminino. Refere-se à construção social do sexo e distingue-se do mesmo porque este corresponde à dimensão biológica da caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos, reconhecida como inata na determinação da diferença entre homens e mulheres (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Para a Organização Mundial da Saúde, em uma relação íntima, a violência de gênero refere-se a qualquer comportamento que provoque dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação (OMS, 2002). Segundo Fonseca (1996), a discussão acerca do conceito de gênero, primeiramente associada aos papéis sexuais em termos das diversas posições sociais entre os sexos, situa-se numa dimensão mais ampla, pois busca compreender as relações sociais historicamente construídas, que se estabelecem entre homens e mulheres, mulheres e mulheres e homens e homens. Esta

nova maneira de abordagem representa um avanço teórico-conceitual, uma vez que rompe com a dualidade homem-mulher, objetivando romper com as amarras da heterossexualidade compulsória.

Para Louro (2008), ao direcionar-se para o foco preferencialmente social, não pressupõe negar que o gênero se constitui com ou sobre os corpos sexuados, nem tampouco negar suas características biológicas, mas reforça a interferência da construção social e histórica sobre o biológico.

O conceito de violência de gênero demonstra papéis impostos a mulheres e homens no decorrer da história, legitimados pela ideologia androcêntrica, induzindo relações violentas entre os sexos não como produto da natureza, mas do processo de socialização das pessoas. A natureza não é responsável pelos padrões sociais que confirmam os atos de agressividade para os homens e os dóceis para as mulheres, mas a cultura, os costumes, a educação e os meios de comunicação originam e perpassam a ideia de que o sexo masculino tem o poder de controlar a mulher inclusive sua opinião, desejos e liberdade (TELES; MELO, 2002).

Ainda na construção deste pensamento, Medrado e Lyra (2003) acrescentaram que os homens, em geral, são educados desde cedo para responder às expectativas sociais, de modo proativo, onde a agressividade e o risco não são características que devem ser evitadas, mas cotidianamente experimentadas. Esta noção se desenvolve de diferentes maneiras e em espaços diferentes: nas brincadeiras infantis, na mídia segmentada por idade e sexo, nas escolas, ruas, bares, quartéis, mosteiros, prisões. Para os autores, não importa o lugar, o que importam são os mecanismos constitutivos do tornar-se homem, pois a violência é, muitas vezes, considerada um comportamento tipicamente masculino para a resolução de conflitos.

Deste modo, a incorporação da noção de gênero como categoria de análise abre caminhos para o entendimento das desigualdades persistentes entre homens e mulheres. Gênero é abordado como um elemento constitutivo das relações sociais e como forma básica de representar relações de poder, superando a forma de enxergar de que as representações dominadoras são inquestionáveis e naturais. Assumir gênero como uma construção social, político-cultural do sexo, permite entendê-lo numa dimensão que abrange toda uma carga cultural e ideológica (SCOTT, 1990).

Em “A dominação Masculina”, Bourdieu (2005, p.5) discorre que a desigualdade de gênero se reproduz e naturaliza a partir da violência simbólica: “Violência suave, insensível, invisível a suas vítimas, que se exerce essencialmente

pelas vias simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais especificamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento”.

Portanto, compreender a violência contra a mulher na perspectiva de gênero possibilita apreender e relacionar a violência com a desigualdade social entre homens e mulheres, inseridos em uma relação de poder tão marcante em um momento de transição dos conceitos de gênero, onde a mulher procura seu espaço em uma sociedade machista, resultando em um ciclo de violência que ocorre tanto para a manutenção como para a recuperação do poder masculino.

1.3 A violência como objeto da saúde pública no Brasil

Saúde e doença são expressões de um só processo, articulando seu caráter duplo: biológico e social. Embora tenha um lastro biológico, a natureza humana é determinada pela maneira como vivem em sociedade, de tal forma que cada comunidade cria seu padrão de desgaste ou potencialidade em detrimento da construção da vida social (FONSECA, 2008).

A consolidação da violência como objeto da saúde pública teve como um marco importante o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), que reconheceu que as consequências da violência resultam em sérias implicações, a curto e longo prazo, para a saúde e desenvolvimento psicológico e social dos indivíduos, famílias e comunidades, além de reduzir os escassos recursos à disposição da saúde pública das comunidades. Segundo este documento, 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 comunidade que possa resultar ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”.

No Brasil, segundo Minayo (2006), 95% da produção acadêmica brasileira sobre o tema Violência e Saúde ocorreram depois de 1980, acompanhando a mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Neste novo contexto, as causas externas, e a violência entre elas, passam a ocupar um importante lugar nas taxas de mortalidade brasileira, indo além das doenças infecciosas que paulatinamente começam a ser controladas.

Em agosto de 2012, foi elaborado o mapa da violência contra as mulheres no Brasil, utilizando os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para o ano

de 2010 e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para o ano de 2011. De 1980 até 2010 mais de 94 mil mulheres foram assassinadas no país, sendo 43,7 mil só na última década. O Brasil ocupa o 7º lugar em homicídio feminino dentre 84 países avaliados. O crescimento ocorreu até 1996, reduzindo até 2007, voltando a aumentar até 2010. Em 2010 registrou-se a taxa de 4,6 óbitos por cem mil mulheres, igualando a taxa recorde de 1996. Os meios utilizados nos homicídios femininos foram arma de fogo em 49,2% dos casos e objeto penetrante ou cortante em 25,8%. Entre as mulheres, 41% dos homicídios ocorreram na própria residência e 14,3% no caso dos homens. Com relação à morbidade, foi analisada a notificação de violências realizadas através do SINAN. Neste sistema, foram registrados 107.572 atendimentos relativos à violência doméstica, sexual e/ou outras violências, dos quais 70.285, 65,4% eram referentes a mulheres e 34,6% a homens, ou seja, praticamente dois em cada três atendimentos eram mulheres. Os números mostram que 71,8% das violências ocorreram dentro do espaço doméstico e o cônjuge foi apontado como o principal perpetrador da violência contra a mulher para a faixa de idade entre 20 e 59 anos (WALSELFISZ, 2012).

Estudos revelam que as consequências da violência para a saúde das mulheres vão muito além de mortes e ferimentos. O reflexo deste agravo na saúde está, em muitos casos, acima da própria percepção feminina, uma vez que aspectos sociais, culturais e religiosos podem desvincular o ato violento dos seus resultados, ocasionando uma alienação do indivíduo quanto ao processo saúde-doença. Mulheres em situação de violência doméstica estão vulneráveis a problemas psicológicos e comportamentais, como depressão, ansiedade, abuso do álcool, comportamento suicida, problemas de saúde reprodutiva, gravidez indesejada e disfunção sexual (KRUG *et al.*, 2002).

Deste modo, a violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo vem sendo encarada como problema de saúde pública, não apenas devido a suas complicações, mas também pelo fato de que os serviços de saúde são os locais mais procurados por mulheres nesta situação, mesmo que sem revelar a violência sofrida provocando assim, aumento na demanda de atendimento e dos gastos com saúde relativos às internações e aos atendimentos físico e psicológico e repercussões no mercado de trabalho em razão dos prejuízos ao desempenho profissional da vítima, representando um custo real para a sociedade (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; SALIBA *et al.*, 2007).

Dados da literatura mostram que as mulheres abusadas sexualmente elevam os custos do sistema de saúde em quase três vezes, quando comparado às aquelas que não foram vitimizadas (BRASIL, 2004).

Neste sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1993) traz que o setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social.

Ao tratar a violência como um problema de saúde, o setor cria uma nova pauta de questões que são, ao mesmo tempo, ricas, necessárias e inquietantes, passando a reconhecer que este agravo não é uma doença de quem profere a agressão, nem uma patologia da vítima, mas um grave problema social, que causa diversos danos à saúde (BRASIL, 2002).

De acordo com Guedes, Silva e Fonseca (2009), nos serviços de saúde ocorrem muitas vezes três aspectos que potencializam e ampliam os efeitos da violência: o primeiro refere-se ao fato de a mulher não denunciar a agressão sofrida, evidenciando apenas queixas vagas e recorrentes referentes às agressões físicas. O segundo está associado ao modelo de formação profissional fragmentado, biologicista, privilegiando a doença. O terceiro reside no campo histórico da construção das identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam para as mulheres, papéis de submissão e obediência. A inter-relação desses três aspectos acaba por produzir a invisibilidade do impacto da violência sobre a saúde das mulheres.

1.4 Contribuições teórico-conceituais para pensar sobre a violência e as práticas de saúde

Antes de ser constituída como objeto de pesquisa e atuação no campo da Saúde, a violência já era um importante tema nas produções no campo das Ciências Humanas e muitos dos desafios colocados hoje para a atuação na saúde remetem de forma direta ao campo das ciências humanas, como dilemas éticos para enfrentar o problema, diferentes tipos de relações entre as pessoas, os meios de comunicação que permeiam estas relações, os direitos humanos e suas violações. A violência, entre os autores das ciências humanas é entendida de diversas formas, às vezes tomada em um sentido positivo, como algo natural ou necessário para a sociedade, às vezes tomada em seu sentido negativo, como análoga à opressão e anulação dos sujeitos envolvidos (AYRES, 2005).

Partindo do ponto de vista da perspectiva positiva, presente na obra de Freud e demais autores da psicanálise, esta admite que a violência é uma força vital, associada ao próprio princípio criado. Passos (2010) ressaltou como exemplos a argumentação de Robert Castel, para quem uma ordem institucional só poderia ser totalmente superada com o uso de algum nível de violência e a de André Levy, para quem a violência é indissociável à vida e atua como expressão da própria vida. Observa-se, nesta perspectiva, uma leitura da violência enquanto pulsão de vida, e seu aspecto ruim advém do exercício do seu excesso e da incapacidade dos sujeitos de sublimá-la.

De acordo com Passos (2010), Foucault relaciona a noção de violência à destruição do outro enquanto sujeito e não pode ser utilizada para justificar o funcionamento da vida. Quando há violência, não existem mais relações de poder, uma vez que não há mais a presença de sujeitos. Em vez de poder, há substituição deste pela dominação da violência.

Arendt (2001) parte da relação frequente entre violência e poder, presente entre vários autores das ciências humanas, que entendem a violência como a mais genuína manifestação de poder, poder este compreendido como o domínio do homem pelo homem. Neste contexto, é trazido como pressuposto que as comunidades humanas são organizadas e sustentadas a partir de relações de dominação e obediência. De acordo com a autora, através do resgate das origens filosóficas dos conceitos realiza uma diferenciação entre poder, dominação e violência, propondo uma inversão desta relação. O poder para Arendt resulta da capacidade do homem de agir em consenso e é ele, e não a dominação que dá sustentabilidade para a vida em comunidade. De tal modo, a violência não está na base do poder, mas estes se constituem como elementos opostos, de forma que a utilização de um inviabiliza o outro. É a desagregação do poder, quando os comandos já não são acatados de modo generalizado, que abre espaço para o uso da violência. Esta, por sua vez, não restaura os consensos que dão sustentação ao poder, mas paralisa a capacidade humana da comunicação (ARENDR, 2010).

Neste sentido, a violência pode ser compreendida como uma ferramenta para tentar garantir a superioridade frente ao mais fraco, havendo, portanto, uma ausência de vigor e energia. Em vez de encontrar-se ao lado do poder, está ao lado da fraqueza. É usada quando o sujeito não foi capaz de exercer seu poder com respeito e coesão, portanto, a impotência leva à violência. Deste modo, a violência seria uma forma de recuperação do mando, ocorrendo quando há uma valorização do mais fraco e quando este se torna sujeito da relação (ARENDR, 2001).

As relações de força são distintas das relações violentas, pois enquanto as primeiras objetivam aniquilar o outro da relação, as relações violentas, ao contrário, visam manter ativa a relação e para isso, devem manter as partes presentes uma para a outra (PEREIRA, 2000).

Minayo (1994) entende ainda que a violência, apesar de estar presente em todas as sociedades desde o início da humanidade, não é algo inato ao ser humano, mas esta se apresenta como um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico, que tem na vida em sociedade, seu espaço de criação e deve ser relacionada com a violência do Estado, trazendo para o debate público questões fundamentais, além de questões sociais, vivenciadas de forma individual, uma vez que somos, enquanto cidadãos, ao mesmo tempo sujeitos e objetos deste fenômeno.

Após conceber este pressuposto de que há uma relação inversa entre violência e poder, faz-se necessário apontar para a ampliação dos espaços de ação, visando à superação das relações violentas e de dominação, tanto no âmbito familiar, comunitário e nas relações interpessoais, norteando-se na busca e ampliação dos espaços comunicativos, principalmente no plano das políticas públicas.

1.5 A violência contra a mulher: políticas e planos de ação

A violência contra a mulher passou a ter visibilidade graças ao movimento feminista, um dos mais importantes movimentos sociais do século XX, quando questões referentes ao papel social da mulher, aos problemas relacionais de gênero, à sexualidade feminina e, não menos importante, à violência tiveram ascensão e ganharam a arena pública, passando a ocupar as agendas de políticas sociais de segurança e posteriormente, de saúde, com legislações específicas, dando início à realização de parcerias com o Estado destinadas à formulação de políticas que contemplassem a questão de gênero (TAQUETTE, 2007).

No campo da saúde, ainda de forma incipiente, no curso da reforma sanitária brasileira, em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), impulsionado pelo movimento de mulheres, marcando o rompimento da política de controle demográfico e ampliando a atenção à mulher, além de somente o modelo materno-infantil, abrangendo não apenas a área técnica do cuidado, mas a política pela promoção da saúde feminina (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2008).

A violência contra a mulher foi reconhecida pela Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo 8º, artigo 226, que diz: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações” (BRASIL, 1988).

Um marco importante desta maior visibilidade por parte do Estado para com a violência contra a mulher foi a criação, em 1985 da primeira Delegacia Especial de Atendimento a Mulheres (DEAM). Sua criação significou o reconhecimento de que este problema não era uma questão a ser abordada apenas na esfera privada ou das relações interpessoais, mas um problema social que exigia para seu enfrentamento, ações públicas na esfera do direito e da segurança, assim como da saúde, pelas mazelas que produz (VILLELA; LAGO, 2007).

Ainda no campo das políticas públicas, o Brasil no século XX participou de vários acordos internacionais que remetem à problemática da violência doméstica e tiveram impacto em sua detecção e investigação, uma vez que estes compromissos firmados criam obrigações jurídicas para o país. Alguns destes acordos foram: Carta das Nações Unidas (1945); Convenção contra o genocídio (1948); Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966); Pacto Internacional dos Direitos econômicos, sociais e culturais (1966); Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1979); Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher – Convenção de Belém do Pará (1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

De todos os acordos firmados, o que teve maior repercussão pública foi a Convenção de Belém do Pará, que tratou diretamente o tema da violência sexual, violência de gênero e de todas as formas de discriminação contra a mulher, inclusive quanto à sua autonomia e direitos, considerando a violência contra a mulher uma violação dos direitos humanos e da liberdade, uma ofensa à dignidade humana e uma manifestação das relações historicamente desiguais entre homens e mulheres (FERNANDES, 2003).

Até a década de 90, os principais registros sobre violências e acidentes no Brasil para a área da saúde tinham como principais fontes o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), criado em 1975 para acompanhar os indicadores de mortalidade e proporções de óbitos por causas externas. Uma outra forma de registro era através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), criado em 1983, constituindo um sistema de remuneração dos

procedimentos e informação acerca da morbidade do país. A partir de 2003, com a Lei nº 10.778, foi estabelecida a notificação compulsória em território nacional dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados, através de uma ficha de notificação própria no Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN). Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher: “Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (BRASIL, 2003).

Antecedendo esta Lei, que determina a obrigatoriedade da notificação da violência contra a mulher, foi criada e implementada a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001, que reconhece a multiplicidade e complexidade do fenômeno e distingue algumas de suas manifestações por tipos, como a violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, estrutural, política, criminal, cultural e de resistência e quanto à natureza, em violência física, psicológica, sexual e negligência. Segundo esta política, as ações específicas para com a violência contra a mulher devem basear-se na promoção de comportamentos saudáveis e seguros, monitoramento das ocorrências, atendimento multidisciplinar e reabilitação das vítimas e suas famílias nos diferentes níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2001).

Em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004, que criou a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS) nas esferas estaduais e municipais. Esta rede, financiada pelo Ministério da Saúde, contava com 206 núcleos implantados até dezembro de 2008, distribuídos entre secretarias municipais e estaduais de saúde, instituições acadêmicas e organizações não-governamentais, visando ao aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes (BRASIL, 2009).

Com o objetivo de produzir informações que possam subsidiar a construção de políticas mais efetivas, incluindo dados sobre o tipo de violência sofrida, os grupos mais afetados, a relação da vítima com o perpetrador, o Ministério da Saúde implantou em 2006 a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), composto por duas ações de vigilância: uma vigilância contínua, através de notificações produzidas pelos serviços de referência e uma vigilância pontual, por inquérito, baseada em atendimentos por acidentes e violências efetuados em unidades de urgência e emergência durante um mês em todo o país. A partir de 2009, o componente de vigilância contínua do VIVA foi

incorporado ao SINAN NET, um veículo de notificação on-line, conformando-se às suas normas no que se refere a padronização de coleta e envio de dados (BRASIL, 2009).

No campo jurídico, as discussões a respeito da violência contra a mulher tiveram grande avanço com a reformulação do código civil, em 2002. Até esta data, os crimes contra as mulheres eram tidos como resultantes da defesa da honra, fundamentado no antigo código pelo princípio a pouca autonomia feminina, uma vez que as mulheres eram consideradas desprotegidas e frágeis, tendo como função de vida a maternidade e o cuidado da família. Deste modo, com a inserção desta temática nas discussões públicas, em agosto de 2006 foi sancionada a Lei nº 340/2006, conhecida como lei Maria da Penha. A referida lei apresentou avanços no atendimento jurídico dos casos de violência contra a mulher, enquanto ação ou omissão no âmbito da unidade doméstica, criando mecanismos para coibir a violência doméstica contra a mulher e determinando o encaminhamento das mulheres em situação de violência a programas e serviços de proteção (BRASIL, 2006).

Com relação a modificações recentes desta lei, o Supremo Tribunal Federal decidiu em fevereiro de 2012 que a lei Maria da Penha tenha validade mesmo sem a queixa da agredida, isto é, mesmo que a mulher não denuncie, formalmente, ou retire a queixa, o Estado deve atuar no que se denomina ação pública incondicionada (BRASIL, 2012).

Em se tratando da normatização e reconhecimento da violência doméstica, sexual ou outras violências como um agravo à saúde pública, de notificação obrigatória, foi promulgada a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, que traz como consequência uma importante ampliação das fontes notificadoras, considerando que a obrigatoriedade da notificação inclui todos os profissionais de saúde, em serviços públicos ou privados (BRASIL, 2012).

Para Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007), apesar do inquestionável avanço representado pela inserção da violência doméstica no escopo das políticas públicas de notificação e investigação, tal solução não se mostrou como definitiva na resolução do problema, nem representou ainda um compromisso oficial do Estado com a comunidade internacional no combate efetivo da violência contra a mulher.

O interesse na realização do presente estudo foi fruto da vivência e do conhecimento que tenho acumulado na vida acadêmica e profissional, através das quais foi possível a identificação de muitos casos de violência contra mulheres, praticados em

âmbito doméstico e por parceiros íntimos, os quais traziam na maioria das vezes, marcas visíveis de uma ação repetitiva e com um potencial enorme de causar danos à saúde física e mental, uma vez que as marcas invisíveis também estavam presentes, de forma subentendida.

O desejo de estudar com mais sensibilidade a temática constituiu-se como um desafio onde se pode enriquecer as discussões acerca da questão da violência contra a mulher no âmbito da saúde, trazendo possíveis colaborações para intervir neste problema que, embora tenha sido estudado em um âmbito local, é de importância ampla.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a prevalência de violência doméstica por parceiros íntimos contra mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os impactos da violência na saúde, no trabalho e na vida familiar das mulheres;
- Identificar fatores que impedem as mulheres agredidas de buscarem assistência à saúde, quando esta é necessária;
- Compreender a dinâmica familiar que contextualiza as situações de violência doméstica entre parceiros íntimos, sob o olhar das relações e teorias de gênero.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo de base populacional, com delineamento transversal analítico. Um estudo transversal possibilita determinar a frequência e ocorrência de agravos à saúde, no caso, associados à violência doméstica contra a mulher e apontar os seus prováveis fatores de risco na população definida para estudo, em um ponto do tempo (TORMO *et al.*, 2000).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em Serra Talhada, Pernambuco. Este município possui área territorial de 2.980,006 km², densidade demográfica de 26,59 hab/km², situado a 415 km da capital, Recife, localizada na mesorregião do sertão pernambucano e uma

população estimada em 79.232 habitantes, sendo aproximadamente 43.000 mulheres e 37.000 homens residentes (IBGE, 2010).

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres com idade entre 15 e 49 anos, residentes no município e a amostra representativa desta população foi calculada para a realização do presente estudo. A escolha de tal faixa etária justificou-se por ser a mesma utilizada no estudo multicêntrico ao qual este trabalho se baseia (SCHRAIBER; OLIVEIRA, 2002).

3.4 Critérios de inclusão

- Mulheres com idade entre 15 e 49 anos;
- Mulheres residentes no município de Serra Talhada – PE e cadastradas na Estratégia de Saúde da Família deste município.

3.5 Critérios de exclusão

- Mulheres que nunca tiveram nenhum relacionamento afetivo com homens.

Este critério de exclusão torna-se necessário, uma vez que o estudo direciona-se para a violência contra a mulher, perpetrada por companheiro íntimo, como pode ser visto no instrumento de pesquisa (ANEXO A).

3.6 Cálculo amostral

Para uma prevalência de violência doméstica contra a mulher estimada em 46% (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012), aceitando-se um erro amostral de 5%, o cálculo do tamanho de amostra resultou em 373 indivíduos. Acrescentando-se efeito de delineamento de 1,2 e 10% para perdas, a amostra final do estudo foi de 493 indivíduos.

A amostragem foi do tipo probabilística por conglomerado em um estrato (distrito sanitário). Considerando-se que o município onde o estudo foi realizado possui 15 Unidades de Saúde da Família, e que este é o lócus da pesquisa, foi realizado o cálculo de representatividade da amostra para cada unidade de saúde, de acordo com os seguintes grupos etários: 15-19 anos, 20-39 anos e 40-49 anos. Vale salientar que esta definição de grupos etários segue o padrão do Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB). Os dados dos cálculos e divisões amostrais por grupo etário e por Unidade de Saúde encontram-se nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Mulheres entre 15 e 49 anos de idade cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do município de Serra Talhada – PE.

Grupo etário	Mulheres cadastradas N (%)
15 - 19 anos	2.443 (15,1%)
20 - 39 anos	10.339 (64%)
40 – 49 anos	3.377 (20,9%)
Total	16.159 (100%)

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde - DATASUS - SIAB.

Tabela 2: Mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da Família de Serra Talhada – PE por grupo etário (N) e número de mulheres entrevistadas em cada Unidade, por grupo etário (n).

UNIDADE DE SAÚDE	GRUPO ETÁRIO						AMOSTRA TOTAL
	15 – 19 ANOS		20 – 39 ANOS		40 – 49 ANOS		
	N	n	N	N	N	N	
Borborema	182	6	707	21	175	5	44
Bom Jesus I	181	5	741	23	222	7	49
Mutirão	161	5	645	20	201	6	42
São Cristóvão	208	6	1099	33	362	11	69
Cohab I	223	7	887	27	261	8	57
IPSEP I	131	4	528	16	169	5	34
Bom Jesus II	208	6	759	23	286	9	52

Cagep	145	4	565	18	164	5	37
Caxixola	89	3	398	12	119	4	25
Alto da Conceição	238	7	1054	33	362	11	69
Malhada	70	2	274	8	83	3	17
Várzea AAB	153	5	641	19	297	9	45
IPSEP II	86	3	383	12	137	4	26
Cohab II	178	5	674	21	179	5	42
Centro	190	6	984	30	360	11	64
TOTAL	2443	74	10339	316	3377	103	493

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde - DATASUS - SIAB.

3.7 Variáveis do estudo

A forma de coleta das informações das variáveis independentes do estudo será explicada no Quadro 1.

Quadro 1: Caracterização das variáveis independentes do estudo.

Características demográficas e socioeconômicas		
Variável	Escala	Definição
Idade.	Numérica discreta	Anos completos
Escolaridade.	Numérica discreta	Anos completos de estudo
Renda familiar.	Numérica contínua	Valor do salário recebido no mês anterior à entrevista
Estado civil.	Categórica nominal	Possui companheiro íntimo e/ou relação estável
Experiências de violência doméstica		
Sofrer violência psicológica, física e sexual no relacionamento atual ou anteriores.	Categórica nominal	Ter se envolvido em conflitos violentos nos relacionamentos.
Sofrer violência por parte dos pais	Categórica nominal	Ter sofrido violência física,

ou da comunidade.		sexual ou psicológica, na qual os pais ou outros na comunidade são perpetradores
Duração do relacionamento.	Numérica discreta	Duração, em meses, dos relacionamentos maritais anteriores e atual
Ter praticado violência no relacionamento atual ou anteriores.	Catégorica nominal	Praticou algum tipo de violência (física, sexual ou psicológica) no relacionamento atual ou anteriores.
Uso de álcool e outras drogas pelo companheiro.	Numérica discreta	Frequência em que o companheiro consome álcool ou outras drogas.
Autopercepção da(s) violência(s) sofrida(s).	Catégorica nominal	Percepção da mulher em situação de violência (psicológica, física e sexual) sobre tais situações.
Agressão física na gestação.	Catégorica nominal	Ocorrência de agressões físicas na gestação.
Tipos de lesões físicas sofridas.	Catégorica nominal	Descrição dos tipos de lesões físicas sofridas pela mulher.
Necessidade e procura de serviços de saúde.	Catégorica nominal	Situações em que precisou de cuidados de saúde, em decorrência da violência sofrida.
Necessidade e procura de outros serviços.	Catégorica nominal	Situações em que precisou de ajuda de serviços policiais, jurídicos, sociais ou religiosos.
Vivência de violência doméstica perpetrada contra a mãe.	Catégorica nominal	Presenciou atos de violência doméstica intrafamiliar, praticada contra a mãe.

3.8 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de um instrumento validado, um questionário produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizado em um estudo multicêntrico sobre saúde da mulher e violência doméstica (SCHRAIBER; OLIVEIRA, 2002) O instrumento foi adaptado para a presente pesquisa, com o consentimento da coordenação do estudo realizado no Brasil (ANEXO A).

3.9 Procedimento de coleta de dados

Os questionários foram aplicados às mulheres que estavam entre os critérios de inclusão da pesquisa, que concordaram em participar e assinaram o Termo de

Assentimento (menores de 18 anos de idade) (APÊNDICE A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (idade igual ou superior a 18 anos) (APÊNDICE B), de modo a respeitar a quantidade de entrevistadas pré-definida para cada Unidade, por faixa etária. As entrevistas foram realizadas nas respectivas Unidades, pois estes ambientes mostraram-se mais propícios que os domicílios, uma vez que a presença de familiares ou do próprio cônjuge poderia atrapalhar a condução das entrevistas. Os dados foram coletados entre os meses de maio e julho de 2014, sendo realizado um estudo-piloto previamente.

3.10 Processamento e análise dos dados

Foi utilizada a estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais, média e desvio padrão) e analítica (Regressão bivariada e multivariada de Poisson com variância robusta), com nível de significância de 5%, no software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 18. Na análise multivariada, foram inseridas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo final as variáveis com $p \leq 0,05$.

3.11 Aspectos éticos

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, com aprovação, sob nº de parecer 28057614.0000.5187. Além disso, o questionário somente foi aplicado após obtenção do consentimento informado, por escrito, de cada participante do estudo. Todas as informações obtidas estão sob sigilo. Esta pesquisa foi executada de acordo com os fundamentos éticos e científicos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

Os resultados do estudo deram origem a dois artigos originais.

- Artigo 1: **AS FACES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER.**

- Artigo 2: **A MULHER QUE GERA VIDA E QUE SOFRE: GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.**

**AS FACES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
FACES OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN**

Cícera Renata Diniz Vieira Silva¹, Emanuella de Castro Marcolino¹, Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso², Alessandro Leite Cavalcanti³

RESUMO

Este artigo buscou caracterizar a violência praticada por parceiros íntimos no decorrer da vida de mulheres entre 15 e 49 anos de idade, no que se refere ao tipo de violência sofrida, principais lesões e busca de ajuda após violência. Trata-se de um estudo transversal conduzido nas Unidades de Saúde da Família de Serra Talhada, Pernambuco, Brasil, com 493 mulheres residentes no município. Foi utilizada a

estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais, média e desvio padrão) e analítica (Regressão bivariada e multivariada de Poisson com variância robusta), com nível de significância de 5%. Quanto à prevalência, 46,8% das mulheres foram vítimas de agressão pelo companheiro, a maioria sofrendo mais de um tipo de violência (68,4%). Houve predomínio da violência psicológica (37,3%), seguida da física (33,7%), e da sexual (18,7%). O uso de álcool e drogas ilícitas, bem como o envolvimento do companheiro em brigas frequentes na comunidade e no círculo familiar se mostraram fortemente associados a uma maior prevalência de violência ($p = 0,001$ e Razões de Prevalência de 5,08; 1,41; 1,34 e 1,41, respectivamente). Os resultados da pesquisa evidenciam que a violência contra a mulher ainda é motivo de preocupação, principalmente na área da saúde coletiva. Reforça-se a necessidade de medidas que de fato, efetivem as políticas públicas no atendimento a esta demanda.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Atenção à saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

This article identified the prevalence of violence by intimate partners during the lives of women between 15 and 49 years old, with regard to the type of violence suffered, major injuries and seeking help after violence. It is a cross-sectional study conducted in the Health Units Family of Serra Talhada, Pernambuco, Brazil, with 493 women living in the city. Descriptive statistics were used (absolute distributions, percentages, mean and standard deviation) and analytical (bivariate and multivariate Poisson regression with robust variance) with the 5% level of significance. The prevalence, 46,8% of women were victims of aggression by partners, most suffering more than one type of violence (68,4%). There was a predominance of psychological violence (37,3%), physics then (33,7%), and sexual (18,7%). The use of alcohol and illicit drugs as well as the involvement of partner in frequent quarrels in the community and in the family circle were strongly associated with a higher prevalence of violence against women ($p = 0,001$ and Reasons prevalence of 5,08; 1,41; 1,34 and 1,41, respectively). The survey results show that violence against women is still cause for concern, especially in the area of public health. It reinforces the need for measures to actually effect to the public policies in meeting this demand.

Keywords: Violence against women, Health care, Public health.

¹ Mestrandas em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba.

² Professora Mestre do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

³ Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

INTRODUÇÃO

Acidentes e violências mostram-se como um grave problema de saúde. No Brasil, as causas externas estão relacionadas a um elevado número de sequelas e óbitos, resultando em graves prejuízos ao indivíduo, às famílias e à sociedade, provocando preocupação pela sua tendência de crescimento, pois são atualmente responsáveis pela segunda maior causa de morbimortalidade no país (RODRIGUES *et al.*, 2012).

A Organização Mundial da Saúde define violência como o uso intencional de força física ou 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).

De acordo com a Assembleia Geral das Nações Unidas, a violência contra a mulher é considerada como qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar em prejuízo físico, sexual, psicológico, e de sofrimento para as mulheres. Nesta perspectiva inclui-se a ameaça da prática de tais atos, a coação e a privação da liberdade, tanto no meio ambiente público como no privado (UNITED NATIONS, 1993).

A violência intrafamiliar consiste em todas as formas de violência praticadas no ambiente familiar e pode aparecer na violência contra a mulher praticada por seu companheiro íntimo, sendo caracterizada também como comportamentos autoritários, repetidos e progressivos, que se concretizam através de ameaças e agressões verbais ou físicas contra as mulheres (SANTOS *et al.*, 2010).

A violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo assume índices expressivos. A partir de 48 pesquisas de base populacional conduzidas mundialmente identificou-se que entre 10% e 69% das mulheres já sofreram agressões por seu companheiro. A influência do gênero tem sido indicada como um dos mais importantes fatores entre os que atuam na cadeia de causalidade da violência cometida por parceiro íntimo, uma vez que reflete a visão socialmente construída sobre os papéis feminino e masculino. Um dos provocadores frequentes de atos violentos contra a mulher se refere a situações de contestação ou transgressão de regras tradicionalmente impostas pela sociedade, como a dependência e a submissão femininas (KRUG *et al.*, 2002).

No Brasil, estudo de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as mulheres, realizado com amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais. Nessa investigação, 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida. Um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas (VENTURI; RECAMAN; OLIVEIRA, 2011).

Uma em cada cinco mulheres refere já ter sofrido ao menos um episódio de violência praticado por um homem. Vale ressaltar que 80% dessas situações ocorreram entre pessoas que mantinham relações de conjugalidade (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2011).

Estudos internacionais recentes mostraram a alta prevalência de pelo menos uma forma de violência contra a mulher. No Nepal Rural, mais da metade (51,9%) das mulheres casadas, entre 15 e 24 anos, sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo (LAMICHHANE *et al.*, 2011); no Karachi, Paquistão, a prevalência autorrelatada entre as mulheres de 25 a 60 anos foi de 56,3% (ALI, *et al.*, 2011). Na Índia, essa prevalência foi de 56% (BABU; KAR, 2010) e na Espanha, 24,8% das mulheres relataram já terem sido maltratadas por seu parceiro alguma vez na vida, apresentando variações de prevalência de acordo com a região (RUIZ-PÉREZ *et al.*, 2010).

Desta forma, a violência contra a mulher é notoriamente configurada como um grave problema comum para a saúde pública e os direitos humanos, por sua prevalência em crescimento, que reflete no processo de saúde-doença, podendo vulnerabilizar as mulheres a padrões de sofrimento, adoecimento e até morte. Requer, portanto ações direcionadas à atenção multi e transdisciplinar, as quais ocorrem com incontáveis desafios, principalmente as práticas que identifiquem os casos novos e a articulação de uma assistência curativa e preventiva (ELLSBERG *et al.*, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2012).

Deste modo, o objetivo do trabalho foi identificar a prevalência dos diversos atos de violência praticados por parceiros íntimos no decorrer da vida de mulheres entre 15 e 49 anos de idade. Vale ressaltar que embora a abordagem tenha sido em âmbito local, a importância do problema é muito mais ampla e as ações devem ser implementadas a partir da esfera local.

MÉTODOS

População do Estudo

Estudo transversal, conduzido nas 15 Unidades de Saúde da Família do município de Serra Talhada, Pernambuco, cuja população é de 79.232 habitantes e IDH de 0,661 (IBGE, 2010).

A população foi composta de 16.159 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, residentes no município e que já tiveram algum relacionamento afetivo com homens. A

amostragem foi do tipo probabilística por conglomerado em um estrato (distrito sanitário). O cálculo amostral foi realizado considerando-se a prevalência de 46% de violência (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012). Foi adotado um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, efeito do desenho (*Deff*) de 1,2 e um acréscimo de 10% para perdas ou recusas. A amostra final foi estimada em 493 mulheres.

Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário desenvolvido originalmente pela Organização Mundial de Saúde, denominado Estudo multi-países sobre saúde da mulher e violência doméstica (OMS, 2005) e validado para o Brasil (SHRAIBER *et al.*, 2010). Foram feitas adaptações no instrumento, com consentimento da coordenação do estudo no Brasil. O questionário contempla informações referentes aos dados socioeconômicos, a comunidade, relacionamentos afetivos, lesões, impactos e enfrentamento, outras experiências e atitudes com relação aos papéis de gênero.

De acordo com este instrumento, a violência psicológica inclui insultos, humilhações públicas, intimidações ou ameaças a si ou a outrem. A violência física abrange tapas, socos, empurrões, chutes, estrangulamentos, queimaduras e uso de armas de fogo e a violência sexual inclui os atos de forçar relação sexual sem o consentimento da mulher, praticar relações sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer com ela ou ter sido forçada a práticas sexuais consideradas degradantes ou humilhantes (OMS, 2005).

Análise Estatística

O banco de dados foi construído no SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 18.0). Foi utilizada a estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais, média e desvio padrão) e analítica (Regressão bivariada e multivariada de Poisson com variância robusta), com nível de significância de 5%. Na análise multivariada, foram inseridas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo final as variáveis com $p \leq 0,05$.

Aspectos Éticos

Os pressupostos éticos da Resolução 466 / 12 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. A participação na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para as mulheres com 18 ou mais anos de

idade, e do Termo de Assentimento, para as menores de 18 anos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer nº 28057614.0000.5187).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta características sociodemográficas da amostra. Observa-se predomínio de mulheres jovens, entre 20 e 29 anos (34,5%), com o ensino médio completo (45,6%), renda própria (70,8%) e com companheiro (94,5%).

Com relação à prevalência de violência, 46,8% das mulheres informaram terem sido vítimas de agressão pelo companheiro, com a maioria sofrendo mais de um tipo de violência (68,4%). Quanto ao tipo, predominou a violência psicológica (37,3%), seguida da violência física (33,7%), e a violência sexual, com 18,7%. A faixa etária com maior prevalência para todos os tipos de violência foi de 20 a 29 anos. Não se verificou

Variáveis	Frequência	
	N	%
Faixa etária		
15 a 19	76	15,4
20 a 29	170	34,5
30 a 39	144	29,2
40 a 40	103	20,9
Escolaridade		
Analfabeta	44	8,9
Ensino fundamental	84	17,0
Ensino médio	225	45,6
Ensino superior incompleto	99	20,1
Ensino superior completo	41	8,3
Renda própria		
Sim	349	70,8
Não	144	29,2
Situação conjugal atual		
Com companheiro	466	94,5
Sem companheiro	27	5,5

associação entre o tipo de violência e a idade da vítima ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Variável	Faixa Etária
----------	--------------

	15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		Total		Valor P N
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Sofreu Violência											
Sim	34	16,0	84	36,4	68	29,4	45	19,5	231	46,8	0,800
Não	42	14,7	86	32,8	76	29,0	58	22,2	262	53,2	
Violência Psicológica											
Sim	28	15,2	62	33,7	50	27,2	44	23,9	184	37,3	0,624
Não	48	15,5	108	35,0	94	30,4	59	19,1	309	62,7	
Violência Física											
Sim	28	16,9	58	34,9	55	33,1	25	15,1	166	33,7	0,124
Não	48	14,7	112	34,2	89	27,2	78	23,9	327	66,3	
Violência Sexual											
Sim	15	16,3	32	34,8	25	27,2	20	21,7	92	18,7	0,967
Não	61	15,2	138	34,4	119	29,7	83	20,7	401	81,3	

Tabela 2 - Tipos de violência sofridos pelas entrevistadas de acordo com faixa etária. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

A Tabela 3 mostra a ocorrência de violência por características do contexto de vida do companheiro. O uso de álcool e drogas ilícitas, bem como o envolvimento do companheiro em brigas frequentes na comunidade e no círculo familiar se mostraram fortemente associados a uma maior prevalência de violência contra a mulher ($p = 0,001$ e Razões de Prevalência de 5,08; 1,41; 1,34 e 1,41, respectivamente).

Tabela 3 – Distribuição das entrevistadas nos modelos bivariado e multivariado de regressão de Poisson para a ocorrência de agressão física e o contexto de vida das entrevistadas e seus companheiros. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Variáveis de contexto	Ocorrência de violência				Bivariado		Multivariado	
	Sim		Não		Não ajustado RP*		Ajustado RP †	
	n	%	n	%	Valor p	(95% IC)	Valor p	(95% IC)
Uso de álcool pelo companheiro								
Sim	216	63,7	123	36,3	0,001	6,542 (4,018-10,651)	0,001	5,085 (2,991-8,646)
Não	15	9,7	139	90,3		1,00		1,00
Uso de drogas pelo companheiro								
Sim	81	98,7	1	1,3	0,001	2,732 (2,393-3,118)	0,001	1,415 (1,186-1,689)
Não	145	36,1	256	63,9		1,00		1,00
Companheiro envolvido em brigas na comunidade								
Sim	109	80,7	26	19,3	0,001	2,392 (2,007-2,851)	0,001	1,341 (1,091-1,649)
Não	106	33,7	208	66,3		1,00		1,00
Companheiro envolvido em brigas familiares								
Sim	112	74,6	38	25,4	0,001	2,224 (1,844-2,684)	0,001	1,417 (1,192-1,685)
Não	96	33,5	190	66,5		1,00		1,00

* Regressão de Poisson não ajustado para as variáveis independentes e a ocorrência de algum tipo de violência.

** Variáveis incorporadas no modelo multivariado ($p < 0.20$): uso de álcool pelo companheiro, uso de drogas pelo companheiro, companheiro envolvido em brigas em comunidade e companheiro envolvido em brigas familiares.
 † Regressão multivariada de Poisson ajustado para ocorrência de violência e variáveis independentes), pelo procedimento backward.

As lesões decorrentes da violência física sofrida pelas entrevistadas e sua frequência de ocorrência estão descritas na Tabela 4. As lesões de maiores prevalências foram contusões (72,9%), cortes, perfurações ou mordidas (59,6%) e torções ou deslocamentos (59,0%).

Quase um terço das vítimas (29,2%) reportou ter procurado ajuda. Os hospitais ou centros de saúde foram os serviços de apoio mais procurados por mulheres em situação de violência física (71,1%), sexual (58,3%) e psicológica (45,6%). Os demais serviços mais procurados por mulheres que sofreram violência psicológica foram os serviços sociais (17,9%). Para as que sofreram violência física e sexual, a busca por hospitais e centros de saúde foi seguida pela busca pelas delegacias (18,7% e 17,4% respectivamente). Outras instituições também procuradas por mulheres em situação de violência foram o serviço jurídico, organizações de mulheres e líderes religiosos, como mostra a Tabela 5.

Tabela 4 – Principais lesões sofridas pelas entrevistadas que foram agredidas fisicamente pelos companheiros e sua frequência de ocorrência. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Lesões físicas	Frequência	
	N	%
Cortes, perfurações ou mordidas		
Sim	99	59,6
Não	67	40,4
Contusões		
Sim	121	72,9
Não	45	27,1
Torções ou deslocamentos		
Sim	98	59,0
Não	68	41,0
Queimaduras		
Sim	35	21,1
Não	131	78,9
Cortes profundos		
Sim	50	30,1
Não	116	69,9
Fraturas ósseas		
Sim	18	10,8
Não	148	89,2
Fraturas dentárias		
Sim	25	15,1
Não	141	84,9

Serviços de apoio	Tipos de violência					
	Psicológica		Física		Sexual	
	n	%	n	%	n	%
Polícia ou delegacia						
Sim	23	12,5	31	18,7	16	17,4
Não	161	87,5	135	81,3	76	82,6
Hospital ou centros de saúde						
Sim	84	45,6	118	71,1	54	58,7
Não	100	54,4	48	28,9	38	41,3
Serviço social						
Sim	33	17,9	23	13,8	11	11,9

Tabela 5 – Procura por serviços de apoio de acordo com o tipo de violência sofrida. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Não	151	82,1	143	86,2	81	88,1
Serviço jurídico						
Sim	2	1,1	4	2,4	1	1,1
Não	182	98,9	162	97,6	91	98,9
Organização de mulheres						
Sim	3	1,6	6	3,6	2	2,2
Não	181	98,4	160	96,4	90	97,8
Líderes religiosos						
Sim	23	12,5	25	15,1	7	7,6
Não	161	87,5	141	84,9	85	92,4

Entre as mulheres que não procuraram ajuda institucional (70,8%), os motivos enunciados foram: o conhecimento de mulheres em condições semelhantes as suas que não foram ajudadas (22,9%), medo de sofrerem mais violência (21,2%), considerarem a violência como normal em um relacionamento (17,7%), vergonha (16,9%), a culpabilização de si pela violência sofrida (12,1%), medo de perder os filhos (3,5%), medo de terminar o relacionamento (3,5%) e medo de manchar a reputação da família ao tornar pública a violência (2,2%).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou conhecer alguns episódios de violência que ocorrem com mulheres em suas relações de conjugalidade. Com isto, foi possível mensurar a magnitude e prevalência deste tipo de violência em um espaço urbano que não dispunha de dados empíricos sobre tal fenômeno.

Valores semelhantes de prevalência de violência contra a mulher foram encontrados no estudo multipaíses sobre violência doméstica na Zona da Mata pernambucana, que foram 48,9%, 33,7% e 14,3%, para as violências psicológica, física e sexual, respectivamente (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Vale ressaltar o maior índice de violência sexual no presente estudo, comparado à pesquisa multicêntrica.

O empoderamento feminino sobre os seus direitos, a modificação na composição dos núcleos nas famílias, a legislação punitiva para a violência parecem contribuir para as mudanças experimentadas na sociedade (MEDRADO; MÉLLO, 2008). De certo modo, uma nova atitude social está sendo tomada no que se refere ao abuso físico, com diminuição de sua aceitabilidade como forma de manifestação do poder masculino. Entretanto, percebe-se que a ocorrência de outras formas de violência continuam altas, principalmente as que podem ser mais facilmente ocultadas, como a elevada frequência de abusos psicológicos. Há situações mais íntimas em que a dominação masculina ainda

está presente, como as relações sexuais nas quais as diferenças de gênero são fortemente marcantes e naturalizadas (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Alguns estudos listaram fatores considerados de risco para a ocorrência de violência por parceiro íntimo, classificados em fatores individuais, como baixo nível socioeconômico, níveis mais baixos de educação, separação ou divórcio, gravidez, exposição à violência intraparental na infância, o abuso sexual, depressão, o uso nocivo do álcool e outras drogas. Fatores de relacionamento, como disparidade educacional, maior número de filhos e insatisfação ou discórdia marital. Fatores da comunidade, tais como a aceitação de papéis tradicionais de gênero, o desemprego, pobreza, a alta taxa de analfabetismo feminino, a aceitação da violência, uma baixa proporção de mulheres com alto nível de autonomia e os fatores sociais são os regulamentos de divórcio, leis sobre o casamento de proteção e normas sociais tradicionais de gênero (NTAGANIRA *et al.*, 2008; SHAMU *et al.*, 2008; PRABHU *et al.*, 2011). Algumas dessas associações não foram encontradas no presente estudo como fatores de risco para violência por parceiro íntimo, tais como baixa renda e escolaridade femininas.

Os resultados mostraram maior prevalência de mulheres vítimas de dois ou mais tipos de violência, evidenciando que há sobreposição de formas de violência e menor parcela ocorre isoladamente. Outras pesquisas encontraram resultados semelhantes, destacando a ocorrência múltipla das agressões física, sexual e psicológica, e advertindo que a superposição de diversos tipos de violência parece estar associada à maior gravidade dos casos e conseqüentemente à procura por serviços especializados (SCHRAIBER *et al.*, 2007; GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL'AGLIO, 2011; BLACK, 2011).

Além da maior ocorrência de violência múltipla, investigações demonstraram que a maior parte das agressões contra a mulher não se constituem em um único acontecimento, mas em episódios repetitivos que podem perdurar por muitos anos. Esse contexto predispõe a uma repercussão negativa na saúde física, mental e social das mulheres vitimadas. E os reflexos desse problema são percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pela complexidade do atendimento que demandam, como pelos custos que representam (MOURA *et al.*, 2009; LETTIERE; NAKANO, 2011).

Outro achado relevante desta pesquisa, que reitera a literatura (KRANTZ; VUNG, 2009; VIEIRA; PEDRONA; SANTOS, 2011; ANTAI, 2011; ABRAMSKY *et al.*, 2011) mostrou a associação do uso de álcool e drogas pelo agressor com as situações de violência contra a mulher.

O uso de substâncias psicoativas pelo homem mostra-se como um importante fator de risco para a violência do parceiro contra sua mulher, sendo responsáveis por efeitos psicofarmacológicos relacionados a mudanças de comportamento que desencadeiam as agressões, criando condições para discussões, xingamentos, insultos, ofensas e ameaças, podendo resultar em violências físicas e sexuais e graves consequências (MONTEIRO *et al.*, 2011; ARAUJO *et al.*, 2012).

Com relação à busca por instituições de apoio nas situações de violência, poucas mulheres procuraram algum serviço. Baixos índices de procura foram encontrados em outros estudos internacionais (TOKUÇ; EKUKLU; AVCIOGLU, 2009; BABU; KAR, 2010; GARG; SING, 2013). As principais buscas foram aos hospitais e centros de saúde, seguidos das delegacias e serviço social. O que se pode perceber foi a não integralização destes serviços de referência entre si, dando continuidade ou complementando a assistência. Estas instituições, não se mostraram muito resolutivas por parte das entrevistadas para com o manejo dos casos de agressões, uma vez que o principal motivo para a não procura foi o fato de elas já terem conhecido outras mulheres que não receberam ajuda quando precisaram, motivo este maior mesmo do que as razões pessoais, como vergonha de expor seu problema e medo de sofrer represálias por parte do companheiro.

Estudos revelam que a estrutura precária, baixa resolutividade, falta de preparo da instituição jurídica e policial contribuem para que as mulheres desistam de dar continuidade nos trâmites legais para os casos de violência. Ainda, apontam que o desconhecimento por parte dos profissionais acerca dos serviços de apoio à mulher, bem como a articulação entre eles e o não saber realizar encaminhamentos devidos contribuem para a baixa efetividade dos serviços ao lidar com a violência doméstica (SANTINI; NAKANO; LETTIERE, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2012; CARNEIRO; FRAGA, 2012; BREIDING; CHEN; BLACK, 2014).

No âmbito da saúde, as políticas públicas preconizam que o atendimento às mulheres em situação de violência deve ser dado por redes intersetoriais, constituídas por variados serviços e instituições. A proposta de constituir redes de atenção parte do entendimento de que, embora a violência contra mulher resulte em forte impacto sobre sua saúde, ela é um problema mais amplo, social (VIEIRA *et al.*, 2009; KISS; SCHRAIBER, 2011).

Sua abordagem, deste modo, requer recursos na área da saúde e em outras como na segurança pública, assistência jurídica e social. A implementação das redes de

atenção objetiva proporcionar a articulação de instituições governamentais e não governamentais que possibilitem identificar, acolher e atender de forma integral e contínua as mulheres que vivenciam situações de violência, o que representa um importante desafio a ser superado.

Pode-se atribuir ao estudo algumas limitações. O delineamento transversal da pesquisa foi adequado para estimar a prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo ao longo da vida, mas pode ter levado ao viés de recordação pelas entrevistadas. Além disso, pela natureza íntima do tema do estudo, não se pode afirmar que os resultados não tenham sido subestimados pela negação das entrevistadas em expor seus problemas conjugais, mesmo que a coleta de dados tenha sido realizada em ambiente privado nas unidades de saúde.

CONCLUSÃO

As elevadas prevalências das violências psicológica, física e sexual praticadas por parceiros íntimos contra a mulher reveladas neste estudo evidenciam que este fenômeno ainda é motivo de preocupação, principalmente na área da saúde coletiva. Os índices da violência trazem à tona uma realidade paradoxal no nosso cotidiano, onde há avanços nas discussões e legislações por parte do Estado e da sociedade, mas ao mesmo tempo contrastam-se com números que retratam realidades aterrorizantes e desumanizadas.

Os impactos na vida e na saúde familiar, decorrente da violência perpetrada neste ambiente tendem a restringir a autonomia da mulher e com isso, interferir na busca efetiva por ajuda. Deste modo, e com as evidências do presente estudo, reforça-se a necessidade de medidas que de fato, efetivem as políticas públicas no atendimento a esta demanda, com a responsabilização compartilhada entre os diversos serviços de apoio para a criação, implementação e monitoramento de planos de ação multissetoriais para o combate à violência doméstica, com o recrutamento de líderes sociais, políticos, religiosos e outros com o objetivo de divulgar a questão da violência contra as mulheres, para o desenvolvimento e implementação de programas destinados à prevenção primária deste problema.

REFERÊNCIAS

ABRAMSKY, T.; WATTS, C.H.; GARCIA-MORENO, C.; DEVRIES, K.; KISS, L.; ELLSBERG, M.; JANSEN, H.A.F.M.; HEISE, L. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on attending HIV voluntary counseling and testing in northern Tanzania, 2005–2008. **Int J Gynaecol Obstet**, v.113, n.1, p.63–67, 2011.

ALI, T.S.; ASAD, N.; MOGREN, I.; KRANTZ, G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. **Int J Womens Health**, v.3, p.105–115, 2011.

ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, v.11, n.511, 2011.

ARAÚJO, M.A.L.; ANDRADE, R.F.V.; CAVALCANTE, C.S.; PEREIRA, K.M.C. Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no Nordeste do Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2012.

BABU, B.V.; KAR, S.K. Domestic violence in Eastern India: Factors associated with victimization and perpetration. **Public Health**, v.124, p.136–148, 2010.

BLACK, M.C. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. **Am J Lifestyle Med**, v.5, p.428–439, 2011.
BMC Womens Health, v.8, n.17, 2008.

BREIDING, M.J.; CHEN, J.; BLACK, M.C. Intimate partner violence in the United States-2010. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Injury Prevention and Control, 2014.

CARNEIRO, A.A.; FRAGA, C.K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serviço Social**, n.110, p.369-397, 2012.

ELLSBERG, M.; JANSEN, H.A.; HEISE, L.; WATTS, C.H.; GARCIA-MORENO, C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **Lancet**, v.371, n.9619, p.1165–1172, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Módulo de Violência da Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado**. São Paulo, p. 224-269, 2011.

GADONI-COSTA, L.M.; ZUCATTI, A.P.N.; DELL'AGLIO, D.D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos Psicologia**, v.28, n.2, p.219-227, 2011.

GARG,S.; SINGH, R. Gender-violence and health care: How health system can step in. **Indian J Public Health** ,v.57,p. 4-7, 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva** v.16, n.3, p.1943-1952, 2011.

KRANTZ, G.; VUNG, N. The role of controlling behaviour in intimate partner violence and its health effects: A population based study from rural Vietnam. **BMC Public Health**, v.9, n.1, 2009.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.; LOZANO, R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LAMICHHANE, P.; PURI, M.; TAMANG, J.; DULAL, B. Women's Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal. **BMC Women's Health**, v.11, n.19, p.1-31, 2011.

LETTIERE A, NAKANO AMS. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.19, n.6, p.1421-1428, 2011.

MEDRADO, B.; MÉLLO, R.P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia Social**, v.20, n.1, p.78-86, 2008.

MONTEIRO, C.F.S.; DOURADO, G.O.L.; GRAÇA JUNIOR, C.A.G.; FREIRE, A.K.N. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Escola Anna Nery**, 2011.

MOURA, L.B.A.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A.M.N.; PRATESI, R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.6, p.944-953, 2009.

NTAGANIRA, J.; MUULA, A.S.; MASAISA, F.; DUSABEYEU, F.; SIZIYA, S.; RUDATSIKIRA, E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. **BMC Womens Health**, v.8, n.17, p. 1-17, 2008.

OLIVEIRA, M.T.; SAMICO, I.; ISHIGAMI, A.B.M.; NASCIMENTO, R.M.M. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.1, p.166-168, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre**

prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra; 2005.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.2, p.351-358, 2012.

PRABHU, M.; MCHOME, B.; OSTERMANN, J.; ITEMBA, D.; NJAU, B.; THIELMAN, N. Prevalence and correlates of intimate partner violence among women attending HIV voluntary counseling and testing in northern Tanzania, 2005–2008. **Int J Gynaecol Obstet**, v.113, n.1, p.63–67, 2011.

RODRIGUES, C.S.; MALTA, D.C.; GODINHO, T.; MASCARENHAS, M.D.M.; SILVA, M.M.A.; SILVA, R.E. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.1-10, 2009.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; VIVES-CASES, C.; MONTERO-PIÑAR, M.I.; ESCRIBÁ-AGÜIR, V.; JIMÉNEZ-GUTIÉRREZ, E. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. **Gac Sanit**, v.24, p.128-135, 2010.

SANTINI, L.N.; NAKANO, M.A.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.3, p.417-424, 2010.

SANTOS, S.A.; LOVISI, G.M.; VALENTE, C.C.B.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.22-32, 2010.

SCHRAIBER, L.B.; BARROS, C.R.S.; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.2, p.237-245, 2010.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; KISS, L.B.; DURAND, J.G. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, p.359-367, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; O'LATORRE, M.R.D.; FRANÇA JR, I.; SEGRI, N.J.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.4, p.658-666, 2010.

SHAMU, S.; ABRAHAMS, N.; TEMMERMAN, M.; MUSEKIWA, A.; ZAROWSKY, C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. **PLoS One**, v.6, n.3, p.17591-17597, 2011.

TOKUÇ, B.; EKUKLU, G.; AVCIOGLU, S. Domestic violence against married women in Edirne: Trakya University, Edirne, Turkey. **J Interpers Violence**, v.25, n.5, p.832–847, 2009.

UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women**. General Assembly resolution. Geneva, 1993.

VENTURI G, RECAMÁN M, OLIVEIRA S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2011.

VIEIRA, E.M.; PERDONA, G.C.S.; ALMEIDA, A.M.; NAKANO, M.A.S.; SANTOS, M.A.; DALTOSO, D. Conhecimento e atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.4, p.566-577, 2009.

VIEIRA, E.M.; PERDONA, G.S.C.; SANTOS, M.A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.4, p. 730-737, 2011.

A MULHER QUE GERA VIDA E QUE SOFRE: GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.

THE WOMAN WHO GENERATES LIFE AND SUFFERING: PREGNANT WOMEN IN DOMESTIC VIOLENCE SITUATION.

Cícera Renata Diniz Vieira Silva¹, Emanuella de Castro Marcolino¹, Andreia Medeiros Rodrigues Cardoso², Alessandro Leite Cavalcanti³

RESUMO

A violência contra a mulher é considerada como qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar em prejuízo físico, sexual, psicológico, e de sofrimento para as mulheres, podendo estar presente até mesmo em um momento da vida da mulher em que seu bem-estar deveria ser integralmente assegurado: a gestação. Objetivou-se identificar a violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo, na gestação destacando-se a prevalência e fatores a ela associados. Trata-se de um estudo transversal conduzido nas Unidades de Saúde da Família de Serra Talhada, Pernambuco, Brasil, com 493 mulheres residentes no município. Foi utilizada a estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais, média e desvio padrão) e analítica (Regressão bivariada e multivariada de Poisson com variância robusta), com nível de significância de 5%. O estudo evidenciou que 33,5% das mulheres já foram agredidas fisicamente durante o período gestacional. 98,3% das ocorrências foram perpetradas pelo companheiro íntimo e pai da criança. 19,8% das mulheres afirmaram que durante as agressões, levavam socos ou pontapés contra a barriga. Houve associação importante e significativa estatisticamente entre o uso de álcool e drogas ilícitas e a ocorrência de agressões ($p=0,001$). Com as evidências do presente estudo, reforça-se a necessidade de medidas que de fato, efetivem as políticas públicas no atendimento à esta demanda, com a responsabilização compartilhada entre os diversos serviços de apoio, com vistas a dar maior relevância e visibilidade ao problema e fornecer apoio às mulheres na busca de proteção para si e para seus filhos.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Gestação. Serviços de Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Violence against women is defined as any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual, psychological damage, and suffering to women, may be present even in a time of women's lives that their welfare should be fully covered: pregnancy. The present study aimed to analyze the magnitude of violence against women, committed by intimate partner during pregnancy highlighting the

prevalence and associated factors. This is a cross-sectional study conducted in Health Units Family of Serra Talhada, Pernambuco, Brazil, with 493 women living in the city.

¹ Mestrandas em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba.

² Professora Mestre do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

³ Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Descriptive statistics were used (absolute distribution, percentage, mean and standard deviation) and analytical and analytical (bivariate and multivariate Poisson regression with robust variance) with the 5% level of significance. The study showed that 33,5% of women have been physically assaulted during pregnancy. 98,3% of incidents were perpetrated by an intimate partner and the child's father. 19,8% of women reported that during the attacks, took punches or kicks to her stomach. There were important and significant association statistically between the use of alcohol and illegal drugs and the occurrence of aggression ($p = 0,001$). With the evidence of this study reinforces the need for measures to actually effect to the public policies in compliance with this demand, with shared responsibility among the various support services, with a view to give more relevance and visibility of the problem and provide support for women in seeking protection for themselves and their children.

Keywords: Violence against women. Pregnancy. Health Services. Public Health.

INTRODUÇÃO

A violência é um dos principais problemas de saúde pública em alguns países do mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a define como o uso intencional de força física ou poder, por meio de ameaça ou de fato praticado contra si próprio, outra pessoa e contra um grupo ou comunidade que resulta ou tenha grande capacidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico e prejuízo no desenvolvimento ou privação (KRUG, *et al.*, 2002).

De acordo com a Assembleia Geral das Nações Unidas, a violência contra a mulher é considerada como qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar em prejuízo físico, sexual, psicológico, e de sofrimento para as mulheres. Nesta perspectiva inclui-se a ameaça da prática de tais atos, a coação e a privação da liberdade, tanto no meio ambiente público como no privado (UNITED NATIONS, 1993).

A violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo assume índices expressivos. A partir de 48 pesquisas de base populacional conduzidas mundialmente

identificou-se que entre 10% e 69% das mulheres já sofreram agressões por seu companheiro. A influência do gênero tem sido indicada como um dos mais importantes fatores entre os que atuam na cadeia de causalidade da violência cometida por parceiro íntimo, uma vez que reflete a visão socialmente construída sobre os papéis feminino e masculino. Um dos provocadores frequentes de atos violentos contra a mulher se refere a situações de contestação ou transgressão de regras tradicionalmente impostas pela sociedade, como a dependência e a submissão femininas (KRUG *et al.*, 2002).

Pode-se considerar que é possível que este fenômeno esteja presente nos diferentes âmbitos da vida da mulher, com consequências em sua saúde e, dependendo da fase em que se encontra, na saúde de seus descendentes. Deste modo, a violência está presente até mesmo em um momento da vida da mulher em que seu bem-estar deveria ser integralmente assegurado: a gestação, e é dirigida não apenas contra a mulher, há também o envolvimento de um filho intra-uterino (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Um estudo realizado com 1.922 mulheres entre 15 e 49 anos, em 14 serviços públicos de saúde da Grande São Paulo demonstrou que 60% das mulheres que engravidaram já haviam sido vítimas de violência (sexual, psicológica e física), infringida pelos seus companheiros íntimos. Dentre essas, 20% disseram que durante a gravidez sofreram violência física grave, envolvendo socos, queimaduras, ameaça ou uso de arma (DURANT; SCHRAIBER, 2007).

Similarmente, dados do estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde realizado em dez países reportou uma prevalência de violência por parceiros íntimos entre 1,0% e 28,0% (OMS, 2005), sendo observadas taxas mais elevadas em países latino-americanos (DEVRIES *et al.*, 2010), cujos valores variam entre 13,0% a 44% para violência psicológica, 2,5% a 38,7% para violência física e 3,0% a 34,5% para violência sexual (HAN; STEWART, 2014).

No Brasil, uma pesquisa realizada no Recife evidenciou que 30,7% das participantes já sofreram algum tipo de violência no período gestacional praticada pelos seus companheiros (LUDERMIR *et al.*, 2010). Resultados de outro estudo nacional revelam que 19,6% das participantes também sofreram violência na gestação (RODRIGUES, 2007).

Dentre os fatores associados à violência entre parceiros íntimos durante a gestação, além das lesões localizadas, observa-se que as mulheres costumam dar início ao pré-natal mais tardiamente, mostram-se com baixa autoestima, apresentam baixa

escolaridade e maior consumo de álcool e outras drogas, o que pode acarretar um aumento de complicações maternas e fetais. Presume-se que o estresse permanente, a decepção com o parceiro e a falta de perspectivas em mudança da situação de agressões são os principais precursores da aquisição ou intensificação destes hábitos de vida (MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010).

Apesar de estar presente em grande parte das sociedades, a violência é muitas vezes, irreconhecível e socialmente aceita como natural e as repercussões que este tipo de ocorrência pode trazer para a saúde das mulheres no período gravídico podem não ser identificadas na prática assistencial, gerando uma situação de invisibilidade do problema, que poderá comprometer a tomada de decisão no âmbito da saúde e em outras esferas.

Diante disto, o presente estudo teve o objetivo de analisar a magnitude da violência contra a mulher, praticada por parceiro íntimo, na gestação destacando-se a prevalência e fatores a ela associados. Vale ressaltar que embora a abordagem tenha sido em âmbito local, a importância do problema é muito mais ampla e as ações devem ser implementadas a partir da esfera local.

MÉTODOS

População do Estudo

Estudo transversal, conduzido nas 15 Unidades de Saúde da Família do município de Serra Talhada, Pernambuco, cuja população é de 79.232 habitantes e IDH de 0,661 (IBGE, 2010).

A população foi composta de 16.159 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, residentes no município e que já tiveram algum relacionamento afetivo com homens. A amostragem foi do tipo probabilística por conglomerado em um estrato (distrito sanitário). O cálculo amostral foi realizado considerando-se a prevalência de 46% de violência (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012). Foi adotado um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, efeito do desenho (*Deff*) de 1,2 e um acréscimo de 10% para perdas ou recusas. A amostra final foi estimada em 493 mulheres.

Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário desenvolvido originalmente pela Organização Mundial de Saúde, denominado Estudo multi-países sobre saúde da mulher e violência doméstica (OMS, 2005) e validado para o Brasil

(SCHRAIBER *et al.*, 2010). Foram feitas adaptações no instrumento, com consentimento da coordenação do estudo no Brasil. O questionário contempla informações referentes aos dados socioeconômicos, a comunidade, relacionamentos afetivos, lesões, impactos e enfrentamento, outras experiências e atitudes com relação aos papéis de gênero.

De acordo com este instrumento, a violência psicológica inclui insultos, humilhações públicas, intimidações ou ameaças a si ou a outrem; a violência física abrange tapas, socos, empurrões, chutes, estrangulamentos, queimaduras e uso de armas de fogo e a violência sexual inclui os atos de forçar relação sexual sem o consentimento da mulher, praticar relações sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer com ela ou ter sido forçada a práticas sexuais consideradas degradantes ou humilhantes (OMS, 2005).

Análise Estatística

O banco de dados foi construído no SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 18.0). Foi utilizada a estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais, média e desvio padrão) e analítica (Regressão bivariada e multivariada de Poisson com variância robusta), com nível de 5% de significância. Na análise multivariada, foram inseridas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada, permanecendo no modelo final as variáveis com $p \leq 0,05$.

Aspectos Éticos

Os pressupostos éticos da Resolução 466 / 12 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. A participação na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para as mulheres com 18 ou mais anos de idade, e do Termo de Assentimento, para as menores de 18 anos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer nº 28057614.0000.5187).

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra características sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Observa-se um maior número de mulheres na faixa etária entre 20 e 29 anos (34,5%),

alfabetizadas e que cursaram até o ensino médio completo (45,6%). A maioria tem renda financeira própria (70,8%) e estão casadas ou vivendo com um parceiro (94,5%).

Entre as mulheres entrevistadas, 349 (70,8%) já engravidaram alguma vez. Destas, 33,5% já foram agredidas fisicamente durante o período gestacional. Praticamente todas as ocorrências foram perpetradas pelo companheiro íntimo e pai da criança (98,3%). A violência física compreende situações diversas, que foram avaliadas nesta pesquisa, como tapas, socos, chutes, queimaduras, estrangulamentos e uso de arma de fogo. Das entrevistadas, 19,8% afirmaram que durante as agressões, levavam socos ou pontapés contra a barriga.

O padrão de ocorrência da violência era repetitivo, uma vez que 40,4% das entrevistadas referiram terem sofrido agressões antes de engravidarem e com frequência. Quando comparada com a situação de violência anterior à gestação, 52,1% delas referiu que não houve alterações, ou seja, a gravidez não foi um motivo suficiente para que houvesse mudanças no ciclo de violência. Vale destacar que 24,8% das mulheres afirmaram que a violência aumentou depois que engravidaram, como pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres entrevistadas. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Variáveis	Frequência	
	N	%
Faixa etária		
15 a 19	76	15,4
20 a 29	170	34,5
30 a 39	144	29,2
40 a 40	103	20,9
Escolaridade		
Analfabeta	44	8,9
Ensino fundamental	84	17,0
Ensino médio	225	45,6
Ensino superior incompleto	99	20,1
Ensino superior completo	41	8,3
Renda própria		
Sim	349	70,8
Não	144	29,2
Situação conjugal atual		
Com companheiro	466	94,5
Sem companheiro	27	5,5

Tabela 2 - Características da violência física na gestação sofrida pelas entrevistadas. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Variáveis	Frequência	
	N	%

Sofreu agressões físicas na gestação		
Sim	117	33,5
Não	232	66,5
Levou socos ou pontapés na barriga		
Sim	69	19,8
Não	280	80,2
O pai da criança era o agressor		
Sim	115	98,3
Não	2	1,7
Houve agressões anteriores à gestação		
Sim	141	40,4
Não	208	59,6
Situação da violência na gestação comparada a antes da gestação		
Aumentou	29	24,8
Diminuiu	21	17,9
Não se alterou	61	52,1
Não sabe	6	5,1

Ademais, entre as entrevistadas que já engravidaram, 23,5% sofreram algum tipo de violência psicológica e 14,6%, violência sexual por parte do parceiro.

Foram feitas análises multivariadas entre algumas variáveis de contexto de vida familiar, das entrevistadas e seus companheiros e a ocorrência de agressões físicas contra elas no período gestacional, que se encontram na Tabela 3. Na análise bivariada não houve associação estatisticamente significativa com a renda econômica da entrevistada. As demais variáveis foram inseridas no modelo final com valor de $p < 0,20$. Na análise multivariada permaneceu no modelo final a variável ocorrência de agressão antes da gestação (Razão de Prevalência de 4,44).

Tabela 3 – Distribuição das entrevistadas nos modelos bivariado e multivariado de regressão de Poisson para a ocorrência de agressão física na gestação e o contexto de vida das entrevistadas e seus companheiros. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Variáveis de contexto	Agressão física na gestação				Bivariado		Multivariado	
	Sim		Não		Não ajustado RP* Valor <i>p</i>		Ajustado RP † Valor <i>p</i>	
	n	%	n	%		(95% IC)		(95% IC)
Renda própria								
Sim	86	33,5	170	66,5	0,964	1,008 (0,721-1,409)	-	-
Não	31	33,3	62	66,7		1,00		
Situação conjugal								
Com companheiro	114	34,4	217	65,6	0,173	2,066 (0,728-5,868)	-	-
Sem companheiro	3	16,6	15	83,4		1,00		
Uso de álcool pelo companheiro								
Sim	111	43,7	143	56,3	0,001	6,919 (3,150-15,200)	-	-
Não	6	6,3	89	93,7		1,00		

Uso de drogas pelo companheiro								
Sim	48	68,5	22	31,5	0,001	2,890 (2,235-3,738)	-	-
Não	69	24,7	210	75,3		1,00		
Frequência de violência								
Única	21	37,5	35	62,5	0,001	0,527 (0,370-0,752)	-	-
Múltipla	96	71,1	39	28,9		1,00		
Agressão antes da gestação								
Sim	109	76,2	34	23,8	0,001	19,854 (10,008-39,383)	0,001	4,440 (2,202-8,954)
Não	8	3,8	198	96,2		1,00		1,00

* Regressão de Poisson não ajustado para as variáveis independentes e a ocorrência de agressão física durante a gestação da entrevistada.

** Variáveis incorporadas no modelo multivariado ($p < 0.20$): situação conjugal, uso de álcool pelo companheiro, uso de drogas pelo companheiro, frequência de violência e presença de agressão antes da gestação.

† Regressão multivariada de Poisson ajustado para ocorrência de violência e variáveis independentes, pelo procedimento backward.

Entre as 117 entrevistadas que sofreram agressões físicas na gestação, podem-se listar outras ocorrências de violência física, psicológica e sexual a que foram submetidas pelos companheiros. Estes dados estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4 – Tipos e manifestações de violência sofridos pelas entrevistadas que já estiveram em situação de violência na gestação pelos companheiros. Serra Talhada, Pernambuco, 2014.

Variáveis	Entrevistadas (N = 117)	
	n	%
Manifestações de violência física		
- Tapas	99	84,6
- Empurrões	83	70,9
- Chutes	38	32,5
- Queimaduras	19	16,2
- Uso ou ameaça de uso de arma de fogo	39	33,3
Manifestações de violência psicológica		
- Insultos	73	62,4
- Humilhações	46	39,3
- Sustos	55	47,0
- Ameaças	21	17,9
Manifestações de violência sexual		
- Companheiro forçou relações sexuais	48	41,0
- Mulher praticou sexo por medo do parceiro	32	27,4
- Companheiro forçou práticas sexuais humilhantes	13	11,1

DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a conhecer alguns dos episódios de violência que ocorrem com mulheres no período gestacional, em suas relações de conjugalidade. Com isto, foi

possível mensurar a magnitude e prevalência deste tipo de violência em um espaço urbano que não dispunha de dados empíricos sobre tal fenômeno.

Foi encontrada uma prevalência de violência física de 33,5%, violência psicológica 23,5% e violência sexual, 14,6%, todas na gestação. Estudos que avaliaram a ocorrência de violência por parceiro íntimo na gestação mostram uma variação de 19,6 a 80,8% (SILVA *et al.*, 2011; MAKAYOTO *et al.*, 2013). Das mulheres que sofreram violência na gestação, 94,4% sofreram violência psicológica, 33,3%, violência física e 2,7% sofreram violência sexual. Em outras investigações, a violência psicológica na gestação variou de 18,1 a 79,8%; a violência física, de 7,7 a 27,9%, e a violência sexual, de 1,6 a 20,2%, resultados que mais se assemelham aos da presente pesquisa (AUDI *et al.*, 2008; MARTIN; GARCIA, 2011).

Deste modo, alguns estudos inferiram que a gestação representa um fator de risco para a violência doméstica (CHAN *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2011). Algumas pesquisas revelaram que há diminuição, principalmente da violência física (MENEZES *et al.*, 2003). Outras mostraram que não há alterações nos percentuais (MARTIN *et al.*, 2001). Outros estudos revelaram o seu surgimento ou aumento e há ainda outras que trazem resultados de baixa incidência, em torno de 1% dos casos (BURCH; GALLUP JR, 2004). Este estudo traz resultados que contribuem para esta discussão, pois revela um padrão de continuação da violência e aumento da mesma na gestação, inclusive com expressiva parcela de violência psicológica e abusos sexuais neste período da vida.

Não há um único fator que explique porque algumas pessoas agem de modo violento em relação às outras. A violência é o resultado da interação complexa de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais (KRUG *et al.*, 2002). O uso de álcool e drogas ilícitas neste estudo foi fortemente associado a ocorrência de violência física na gestação, aumentando o seu risco. Estudos confirmam este fato, uma vez que álcool e drogas são responsáveis por efeitos psicofarmacológicos relacionados a mudanças de comportamento que desencadeiam as agressões, criando condições para discussões, xingamentos, insultos, ofensas e ameaças, podendo resultar em violências físicas e sexuais e graves consequências (MONTEIRO *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2012).

O estresse, as modificações de vida que podem ocorrer na gravidez, o aumento da responsabilidade financeira, ajustes dos papéis de mãe e pai, mudanças hormonais e físicas na mulher são referidos como situações que podem levar a violência no período gestacional (MARTIN *et al.*, 2004). Além disso, se a gravidez está envolvida em

relações de tensão, ciúmes e desconfiança com relação à paternidade, pode haver violência, com probabilidade de continuar no pós-parto (BURCH; GALLUP, 2004).

As consequências da violência durante a gestação vão além das que se referem apenas à saúde física e psicológica da mulher, pois podem levar a uma situação conflituosa para toda a família, com possíveis repercussões no desenvolvimento da criança. Além da violência, a associação encontrada entre o óbito neonatal e pós-neonatal, bem como o baixo peso ao nascer e a assistência pré-natal reforça a questão da necessidade de uma melhor atenção a gestantes e nascidos vivos em situação de maior vulnerabilidade (PEREIRA *et al.*, 2010).

Estudos retratam também ocorrências de ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar, baixa autoestima, pesadelos, conduta agressiva e maior probabilidade de sofrerem abusos físicos, sexuais ou emocionais entre crianças que crescem em lares violentos (LETIERRE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Ferreira (2005), em seu estudo de revisão referiu que o abuso físico está muito relacionado ao vínculo entre pais e filhos e a questões culturais da educação infantil. Moraes, Arana e Reichenheim (2011) em seu estudo sobre violência familiar e má qualidade do pré-natal no Rio de Janeiro, mostraram que a elevada prevalência de violência durante a gestação e os fatores associados indicam a importância de o tema ser incorporado à rotina dos serviços de saúde que atendem a mulher, padrão que se confirmou neste estudo, que revelou altas prevalências do problema.

Minayo e Souza (1997) sugeriram que os profissionais da saúde devem somar colaborações interinstitucionais, intersetoriais e da sociedade civil no manejo dos diversos tipos de violência (educação, serviços sociais, justiça, segurança pública, Ministério Público, Poder Legislativo e movimentos sociais). Propõe também uma ação interdisciplinar entre as ciências sociais, a epidemiologia e a psicologia, que articule teoria, método e estratégias de ações, dada à especificidade do objeto violência.

Pode-se atribuir ao estudo algumas limitações. O delineamento transversal da pesquisa foi adequado para estimar a prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo ao longo da vida, mas pode ter levado ao viés de recordação pelas entrevistadas. Além disso, pela natureza íntima do tema do estudo, não se pode afirmar que os resultados não tenham sido subestimados pela negação das entrevistadas em expor seus problemas conjugais, mesmo que a coleta de dados tenha sido realizada em ambiente privado nas unidades de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo fornecem subsídios para a reflexão sobre a magnitude e prevalência da violência contra a mulher, praticada por parceiro íntimo, em um momento singular e especial na vida de uma mulher, a gestação, podendo trazer várias repercussões para a vida e saúde feminina e também para a criança, que desde a vida intrauterina experimenta a violência na sua família.

Deste modo, reforça-se a necessidade de medidas que de fato, efetivem as políticas públicas no atendimento a esta demanda, com a responsabilização compartilhada entre os diversos serviços de apoio, com vistas a dar maior relevância e visibilidade ao problema e fornecer apoio às mulheres na busca de proteção para si e para seus filhos, como a criação, implementação e monitoramento de planos de ação multissetoriais para o combate à violência doméstica, com o recrutamento de líderes sociais, políticos, religiosos e outros com o objetivo de divulgar a questão da violência contra as mulheres, para o desenvolvimento e implementação de programas destinados à prevenção primária deste problema.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.A.L.; ANDRADE, R.F.V.; CAVALCANTE, C.S.; PEREIRA, K.M.C. Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no Nordeste do Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2012.

AUDI, C.A.F.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; SANTIAGO, S.M.; ANDRADE, M.G.G.; PÈREZ-ESCAMILA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.877-885, 2008.

BURCH, R.L.; GALLUP JR, G.G. Pregnancy as a stimulus for domestic violence. **J Fam Viol**, v.19, n.4, p.243-247, 2004.

CHAN, K.L.; BROWNRIDGE, D.A.; TIWARI, A.; FONG, D.Y.; LEUNG, W.C. Associating Pregnancy With Partner Violence Against Chinese Women. **J Interpers Violence**, v.26, n.7, p.1478-1500, 2011.

DURANT, JR.; SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.3, p.310-322, 2007.

FERREIRA, A.L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v.81, p.173-180, 2005.

KRONBAUER, J.F.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, p.695-701, 2005.

KRUG, E.G. DALHBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. **World report in violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

UNITED NATIONS. Declaration on the elimination of violence against women. General Assembly resolution. Geneva; 1993.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, p.467-473, 2008.

MAKAYOTO, L.A.; OMOLO, J.; KAMWEYA, A.M.; HARDER, V.S.; MUTAI, J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. **Matern Child Health**, v.17, n.3, p.441-447, 2013.

MARTIN, K.R.; GARCIA, L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. **J Interpers Violence**, v.26, n.6, p.1157-1175, 2011.

MARTIN, S.L.; HARRIS-BRITT A, L.I.Y.; MORACCO, K.E.; KUPPER, L.L.; CAMPBELL, J.C. Changes in intimate partner violence during pregnancy. **J Fam Violence**, v.19, n.4, p.201-210, 2004.

MARTIN, S.L.; MACKIE, L.; KUPPER, L.L.; BUESCHER, P.A.; MORACCO, K.E. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. **JAMA**, v.285, n.12, p.1581-1584, 2001.

MENEZES, T.C.; AMORIM, M.M.R.; SANTOS, L.C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultado de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.5, p.309-316, 2003.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde**. Manguinhos, v.4, n.3, p.503-531, 1997.

MONTEIRO, C.F.S.; DOURADO, G.O.L.; GRAÇA JUNIOR, C.A.G.; FREIRE, A.K.N. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Escola Anna Nery**, 2011.

MORAES, C.L.; ARANA, F.D.; REICHENHEIM, M.E. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. **Revista de Saúde Pública**, v.44, p.667-676, 2010.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.2, p.351-358, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra; 2005.

PEREIRA, P.K.; LOVISI, G.M.; LIMA, L.A.; LEGAY, L.F. Obstetric complications, stressful life events, violence and depression during pregnancy in adolescents at primary care setting. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, p.216-222, 2010.

RODRIGUES, D.T. Análise da violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão preto; 2007.

SILVA, E.P.; LUDERMIR, A.B.; ARAÚJO, T.V.B.; VALONGUEIRO, S.A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1044-1053, 2011.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G.; VALONGUEIRO, S.A.; de ARAÚJO, T.V.; ARAYA, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*; 2010. Sep, 376 (9744):903-10.

HAN, A.; STEWART, D.E. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014, Jan; 124 (1):6-11.

DEVRIES, K.M.; KISHOR, S.; JOHNSON, H.; STOCKL, H.; BACCHUS, L.J.; GARCIA-MORENO, C. et al. Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010 Nov; 18 (36):158-70.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir que:

- Entre as entrevistadas, observou-se um predomínio de mulheres jovens, entre 20 e 29 anos (34,5%), com o ensino médio completo (45,6%), renda própria (70,8%) e com companheiro (94,5%), no período da coleta de dados.
- A prevalência de violência perpetrada por parceiros íntimos foi de 46,8%, com um percentual importante de violência múltipla, com 68,4%. Quanto aos tipos, predominou a violência psicológica (37,3%), seguida da violência física (33,7%), e a violência sexual, com 18,7%.

- As lesões decorrentes da violência física de maiores prevalências foram contusões (72,9%), cortes, perfurações ou mordidas (59,6%) e torções ou deslocamentos (59,0%).
- O uso de álcool e drogas ilícitas, bem como o envolvimento do companheiro em brigas frequentes na comunidade e no círculo familiar se mostraram fortemente associados a uma maior prevalência de violência contra a mulher ($p = 0,001$ e Razões de Prevalência de 5,08; 1,41; 1,34 e 1,41, respectivamente).
- Apenas 29,2% das mulheres vítimas de violência procuraram ajuda institucional. Os hospitais ou centros de saúde foram os serviços de apoio mais procurados por mulheres em situação de violência psicológica (45,6%), física (71,1%) e sexual (58,3%). Em segundo lugar, para as que sofreram violência psicológica, foram os serviços sociais (17,9%) e para as violências física e sexual, foram as delegacias (18,7% e 17,4%).
- Dentre as mulheres que não procuraram ajuda institucional (70,8%), os principais motivos enunciados foram: o conhecimento de mulheres em condições semelhantes as suas que não foram ajudadas (22,9%), medo de sofrerem mais violência (21,2%), considerarem a violência como normal em um relacionamento (17,7%), vergonha.
- Entre as mulheres entrevistadas, 70,8% já engravidaram alguma vez. A prevalência de violência física durante a gestação foi de 33,5%, de violência psicológica, 23,5% e sexual, 14,6%. Praticamente todas as ocorrências foram perpetradas pelo companheiro íntimo e pai da criança (98,3%).
- O padrão de ocorrência da violência durante a gestação era repetitivo, uma vez que 40,4% das entrevistadas referiram terem sofrido agressões antes de engravidarem e com frequência. Quando comparada com a situação de violência anterior à gestação, 52,1% delas referiu que não houve alterações, ou seja, a gravidez não foi um motivo suficiente para que houvesse

mudanças no ciclo de violência. Vale destacar que 24,8% das mulheres afirmaram que a violência aumentou depois que engravidaram.

As taxas de prevalência de violência contra a mulher, praticada pelos companheiros em diversos momentos de vida, inclusive durante a gestação, indicam que as atitudes frente a este problema podem e devem mudar. É importante que homens e mulheres se convençam de que a violência não é uma prática aceitável das relações humanas e não devem ser consideradas condição natural da existência.

É relevante destacar o papel dos profissionais que atuam em setores que tem contato com mulheres em situação de violência, dentre eles os profissionais de saúde. Estes devem incorporar em sua prática estratégias para a construção do vínculo e da confiança, proporcionando oportunidades de aprendizagem e acesso à assistência institucional e intersetorial. Esta abordagem contribuirá para a promoção da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres, bem como para o uso dos serviços de saúde com vistas à identificação, ao tratamento e ao encaminhamento de casos de violência.

No âmbito de políticas e planos de ação, muito já foi idealizado, mas se faz necessário o melhor engajamento dos atores sociais, para a criação, implementação e monitoramento de planos de ação multissetoriais para o combate à violência doméstica, com o recrutamento de líderes sociais, políticos, religiosos e outros com o objetivo de divulgar a questão da violência contra as mulheres, para o desenvolvimento e implementação de programas destinados à prevenção primária deste problema. Com esta atuação mais sólida e a sensibilização para o fortalecimento dos serviços e instituições governamentais e não governamentais de apoio às mulheres em situação de violência e para o desenvolvimento de pesquisas direcionadas a este desafio de como mudar o cenário epidemiológico, acredito que podemos contribuir para esta luta social, que é de todos nós.

6 REFERÊNCIAS

ABRAMSKY, T.; WATTS, C.H.; GARCIA-MORENO, C.; DEVRIES, K.; KISS, L.; ELLSBERG, M.; JANSEN, H.A.F.M.; HEISE, L. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on attending HIV voluntary counseling and testing in northern Tanzania, 2005–2008. **Int J Gynaecol Obstet**, v.113, n.1, p.63–67, 2011.

ALI, T.S.; ASAD, N.; MOGREN, I.; KRANTZ, G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. **Int J Womens Health**, v.3, p.105-115, 2011.

ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, v.11, n.511, 2011.

ARAÚJO, M.A.L.; ANDRADE, R.F.V.; CAVALCANTE, C.S.; PEREIRA, K.M.C. Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no Nordeste do Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2012.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARENDT, H. **Sobre a Violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

AUDI, C.A.F.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; SANTIAGO, S.M.; ANDRADE, M.G.G.; PÈREZ-ESCAMILA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.5, p.877-885, 2008.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA, C.E.A.J. (org). **Críticas e Atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.91-109, 2005.

BABU, B.V.; KAR, S.K. Domestic violence in Eastern India: Factors associated with victimization and perpetration. **Public Health**, v.124, p.136–148, 2010.

BLACK, M.C. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. **Am J Lifestyle Med**, v.5, p.428–439, 2011.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória no território nacional do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados**. Diário Oficial da União, Brasília, 25 de nov. de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, 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**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em**

situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA.** Brasília, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília, 2004.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as mulheres.** Brasília, 2008.

BRASIL. Senado Federal. Portal de Notícias. **Lei Maria da penha: Supremo Tribunal Federal decide que agressor pode ser processado mesmo se a vítima retirar a queixa.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/>. Acesso em 20 de set. de 2013.

BREIDING, M.J.; CHEN, J.; BLACK, M.C. Intimate partner violence in the United States-2010. Atlanta, GA: **US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Injury Prevention and Control,** 2014.

BURCH, R.L.; GALLUP JR, G.G. Pregnancy as a stimulus for domestic violence. **J Fam Viol**, v.19, n.4, p.243-247, 2004.

CARNEIRO, A.A.; FRAGA, C.K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serviço Social**, n.110, p.369-397, 2012.

CASIQUE, L.C.; FUREGATO, A.R.F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, 2006.

CHAN, K.L.; BROWNRIDGE, D.A.; TIWARI, A.; FONG, D.Y.; LEUNG, W.C. Associating Pregnancy With Partner Violence Against Chinese Women. **J Interpers Violence**, v.26, n.7, p.1478-1500, 2011.

DAY, V.P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.25, n.1, p.9-21, 2003.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, 2000.

DEVRIES, K.M.; KISHOR, S.; JOHNSON, H.; STOCKL, H.; BACCHUS, L.J.; GARCIA-MORENO, C. et al. Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010 Nov; 18 (36):158-70.

DURANT, JR.; SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.3, p.310-322, 2007.

ELLSBERG, M.; JANSEN, H.A.; HEISE, L.; WATTS, C.H.; GARCIA-MORENO, C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. **Lancet**, v.371, n.9619, p.1165–1172, 2008.

FERNANDES, E. Cada mulher brasileira, uma cidadã. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Política para Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas pública**. Brasília: A Secretaria, 2003.

FERREIRA, A.L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v.81, p.173-180, 2005.

FONSECA, R.M.G.S. Gênero como categoria para compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. In: **Programa de Atualização em Enfermagem na Saúde do Adulto – PROENF**. Porto Alegre: Artmed, v.3, p.9-39, 2008.

FONSECA, R.M.G.S. **Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber**. Tese (Livre Docência). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Módulo de Violência da Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado**. São Paulo, p. 224-269, 2011.

GADONI-COSTA, L.M.; ZUCATTI, A.P.N.; DELL'AGLIO, D.D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos Psicologia**, v.28, n.2, p.219-227, 2011.

GARG,S.; SINGH, R. Gender-violence and health care: How health system can step in. **Indian J Public Health** ,v.57,p. 4-7, 2013.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v.13, n.3, p.625-631, 2009.

HAN, A.; STEWART, D.E. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. **Int J Gynaecol Obstet**. 2014, Jan; 124 (1):6-11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva** v.16, n.3, p.1943-1952, 2011.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.485-501, 2007.

KRANTZ, G.; VUNG, N. The role of controlling behaviour in intimate partner violence and its health effects: A population based study from rural Vietnam. **BMC Public Health**, v.9, n.1, 2009.

KRONBAUER, J.F.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.5, p.695-701, 2005.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.; LOZANO, R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LAMICHHANE, P.; PURI, M.; TAMANG, J.; DULAL, B. Women's Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal. **BMC Women's Health**, v.11, n.19, p.1-31, 2011.

LETTIERE A, NAKANO AMS. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.19, n.6, p.1421-1428, 2011.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, p.467-473, 2008.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: Vozes, 2008.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G.; VALONGUEIRO, S.A.; de ARAÚJO, T.V.; ARAYA, R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*; 2010. Sep, 376 (9744):903-10.

MAKAYOTO, L.A.; OMOLO, J.; KAMWEYA, A.M.; HARDER, V.S.; MUTAI, J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. **Matern Child Health**, v.17, n.3, p.441-447, 2013.

MARTIN, K.R.; GARCIA, L. Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. **J Interpers Violence**, v.26, n.6, p.1157-1175, 2011.

MARTIN, S.L.; HARRIS-BRITT A, L.I.Y.; MORACCO, K.E.; KUPPER, L.L.; CAMPBELL, J.C. Changes in intimate partner violence during pregnancy. **J Fam Violence**, v.19, n.4, p.201-210, 2004.

MARTIN, S.L.; MACKIE, L.; KUPPER, L.L.; BUESCHER, P.A.; MORACCO, K.E. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. **JAMA**, v.285, n.12, p.1581-1584, 2001.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Nos homens, a violência de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Brasília: A Secretaria, 2003.

MEDRADO, B.; MÉLLO, R.P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia Social**, v.20, n.1, p.78-86, 2008.

MENEZES, T.C.; AMORIM, M.M.R.; SANTOS, L.C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultado de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.25, n.5, p.309-316, 2003.

MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, p.1259-1267, 2006.

MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde**. Mangueiras, v.4, n.3, p.503-531, 1997.

MONTEIRO, C.F.S.; DOURADO, G.O.L.; GRAÇA JUNIOR, C.A.G.; FREIRE, A.K.N. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Escola Anna Nery**, 2011.

MORAES, C.L.; ARANA, F.D.; REICHENHEIM, M.E. Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care. **Revista de Saúde Pública**, v.44, p.667-676, 2010.

MOURA, L.B.A.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A.M.N.; PRATESI, R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.6, p.944-953, 2009.

NTAGANIRA, J.; MUULA, A.S.; MASAISA, F.; DUSABEYEU, F.; SIZIYA, S.; RUDATSIKIRA, E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. **BMC Womens Health**, v.8, n.17, 2008.

OLIVEIRA, M.T.; SAMICO, I.; ISHIGAMI, A.B.M.; NASCIMENTO, R.M.M. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.1, p.166-168, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre**

prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra; 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Resolución XIX: violência y salud.** Washington, DC: Opas, 1993.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.2, p.351-358, 2012.

PASSOS, I.C.F. Violência e relações de poder. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.2, n.20, p. 234-241, 2010.

PEREIRA, P.K.; LOVISI, G.M.; LIMA, L.A.; LEGAY, L.F. Obstetric complications, stressful life events, violence and depression during pregnancy in adolescents at primary care setting. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, p.216-222, 2010.

PEREIRA, W.R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PRABHU, M.; MCHOME, B.; OSTERMANN, J.; ITEMBA, D.; NJAU, B.; THIELMAN, N. Prevalence and correlates of intimate partner violence among women attending HIV voluntary counseling and testing in northern Tanzania, 2005–2008. **Int J Gynaecol Obstet**, v.113, n.1, p.63–67, 2011.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. **Ferramenta para a ação política das mulheres.** Porto Alegre, 2008.

RIQUINHO, D.L.; CORREIA, S.G. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.27, n.2, 2006.

RODRIGUES, C.S.; MALTA, D.C.; GODINHO, T.; MASCARENHAS, M.D.M.; SILVA, M.M.A.; SILVA, R.E. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.1-10, 2009.

RODRIGUES, D.T. Análise da violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão preto; 2007.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; VIVES-CASES, C.; MONTERO-PIÑAR, M.I.; ESCRIBÁ-AGÜIR, V.; JIMÉNEZ-GUTIÉRREZ, E. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. **Gac Sanit**, v.24, p.128-135, 2010.

SAFFIOTI, H.A. **A publicização da violência.** 1997. Disponível em: <http://server.cfch.br/jorpesq/violenc/saffiotti.html>. Acesso em 12 de setembro de 2013.

SAFFIOTI, H.A. Síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M.A.; AZEVEDO, V.N. (Orgs.). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, p.13-21, 1989.

SALIBA, O. et al., Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p.472-477, 2007.

SANTINI, L.N.; NAKANO, M.A.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.3, p.417-424, 2010.

SANTOS, S.A.; LOVISI, G.M.; VALENTE, C.C.B.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.22-32, 2010.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. **Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia**, v.78, p.13-20, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; BARROS, C.R.S.; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.2, p.237-245, 2010.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; KISS, L.B.; DURAND, J.G. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, p.359-367, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; O'LATORRE, M.R.D.; FRANÇA JR, I.; SEGRI, N.J.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.4, p.658-666, 2010.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Educação e Realidade, v.16, n.2, p.05-22, 1990.

SHAMU, S.; ABRAHAMS, N.; TEMMERMAN, M.; MUSEKIWA, A.; ZAROWSKY, C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. **PLoS One**, v.6, n.3, p.17591-17597, 2011.

SILVA, E.P.; LUDERMIR, A.B.; ARAÚJO, T.V.B.; VALONGUEIRO, S.A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1044-1053, 2011.

TAQUETTE, S.R. **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

TELES, M.A.A.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

TOKUÇ, B.; EKUKLU, G.; AVCIOGLU, S. Domestic violence against married women in Edirne: Trakya University, Edirne, Turkey. **J Interpers Violence**, v.25, n.5, p.832–847, 2009.

TORMO, M.J., et al. Validation of self diagnosis of high blood pressure in a sample of the Spanish EPIC cohort: overall agreement and predictive values. **EPIC Group of Spain Journal of Epidemiology and Community Health**, v.34, p.221-226, 2000.

UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women**. General Assembly resolution. Geneva, 1993.

VENTURI G, RECAMÁN M, OLIVEIRA S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2011.

VIEIRA, E.M.; PERDONA, G.C.S.; ALMEIDA, A.M.; NAKANO, M.A.S.; SANTOS, M.A.; DALTOSO, D. Conhecimento e atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.4, p.566-577, 2009.

VIEIRA, E.M.; PERDONA, G.S.C.; SANTOS, M.A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.4, p. 730-737, 2011.

VILLELA, W.V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.471-475, 2007.

7 APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Assentimento

Pelo presente Termo de Assentimento eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação de _____ de _____ anos na a Pesquisa **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTOS, DESAFIOS E ENFRENTAMENTO**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: O trabalho terá como objetivo geral estimar a prevalência de violência doméstica em mulheres usuárias da atenção primária em saúde, se essas situações são detectadas e como são tratadas pelos profissionais desses serviços.

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que o mesmo responda ao questionário da pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (087)9650-3231 com Cícera Renata Diniz Vieira.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável _____

Assinatura do responsável legal pelo menor _____

Assinatura do menor de idade _____

Assinatura Dactiloscópica:

Responsável legal

Participante

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOFRIDA POR USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPACTOS, DESAFIOS E ENFRENTAMENTO**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho terá como objetivo geral estimar a prevalência de violência doméstica em mulheres usuárias da atenção primária em saúde, se essas situações eram detectadas e como eram tratadas pelos profissionais desses serviços.

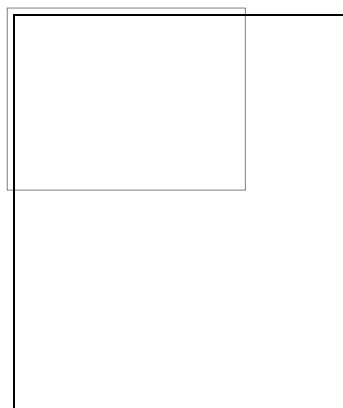
Ao voluntário só caberá a autorização para a aplicação do questionário da pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (087) 9650-3231 com Cícera Renata Diniz Vieira.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante

Assinatura dactiloscópica do participante



8 ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de pesquisa

Seção 1: Indicadores sócio-econômicos		
Item	Perguntas e filtros	Categorias de Classificação
01	Você sabe ler ou escrever?	Sim (1) Não (2)
02	Qual é o grau mais alto de instrução que você cursou?	Primário (1) Secundário/médio (2) Univ. incompleto (3) Univ. completo (4) N° de anos de instrução_____
03	Você possui renda econômica própria?	Sim (1) Não (2)
04	Se sim, de quantos salários?	Menor que um (1) Um salário (2) Dois ou mais salários (3) Mais que cinco salários (4)
05	Qual a renda da sua família, incluindo a sua?	Menor que um (1) Um salário (2) Dois ou mais salários (3) Mais que cinco salários (4)
06	Atualmente você está casada, ou tem companheiro do sexo masculino?	Atualmente casada (1) Vivendo com homem/amigada- (2) Tem parceiro (mantendo relação sexual), mas não vive junto (3) Não está casada ou vivendo com um homem (sem relacionamento sexual) (4)
Seção 2: A entrevistada e sua comunidade		
07	Geralmente os vizinhos em NOME DA COMUNIDADE tendem a se conhecer bem, uns com os outros?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
08	Nesta vizinhança, de modo geral, há confiança da maioria das pessoas, umas para com as outras?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
09	Você tem parentes morando perto o suficiente para que você possa vê-los/visitá-los com facilidade?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
10	Com que frequência você conversa ou se encontra com algum parente da família na qual você nasceu? Você diria que isso acontece pelo menos uma vez por semana, uma vez por mês, uma vez por ano, ou nunca (quase nunca)?	Pelo menos 1 vez/ semana (1) Pelo menos 1 vez/ mês (2) Pelo menos 1 vez/ ano (3) Nunca (quase nunca) (4)
11	Quando você precisa de ajuda ou tem algum problema, você pode contar com seus parentes	Sim (1) Não (2)

	para lhe dar apoio?	
12	Você frequenta regularmente algum grupo ou organização? Se sim, qual (is)?	Sim (1) Não (2) Qual(is) ----- -----
13	Algum desses grupos é frequentado exclusivamente por mulheres?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (9)
Seção 3: A entrevistada e seus relacionamentos afetivos (atuais e anteriores)		
14	Você alguma vez já foi casada ou viveu com um companheiro do sexo masculino?	Sim (1) Não (2)
15	Há quanto tempo você está neste relacionamento atual?	Até 6 meses (1) Entre 6 meses e 1 ano (2) Entre 1 e 5 anos (3) Mais de 5 anos (4) Não se aplica (9)
16	O último casamento ou vida comum com um companheiro terminou em divórcio/separação ou você ficou viúva?	Divórcio (1) Separação (2) Viúva (3) Não se aplica (9)
17	Foi você quem iniciou o divórcio/separação, foi seu marido/companheiro ou os dois decidiram se separar?	Entrevistada (1) Marido/companheiro (2) Ambos (3) Não se aplica (9)
18	Quantas vezes você já foi casada ou viveu com algum homem? (incluindo o atual)	Nº de casamentos _____
19	Seu atual marido/companheiro alguma vez frequentou a escola	Sim (1) Não (2)
20	Qual o grau educacional mais alto que ele alcançou?	Primário (1) Secundário/médio (2) Univ. incompleto (3) Univ. completo (4) Não sabe (8) Não se aplica (9)
21	Atualmente seu marido/companheiro está trabalhando, desempregado, aposentado ou estudando?	Trabalhando (1) Desempregado (2) Aposentado (3) Estudando (4)
22	Habitualmente, que tipo de trabalho ele faz/fazia?	Profissional (1) Técnico (2) Não especializado (3) Militar/policial (4) Outro: _____
23	Com que frequência seu marido/companheiro toma(va) bebidas alcólicas?	Todos ou quase todos os dias (1) Uma ou duas vezes/semana (2) Uma a três vezes no mês (3) < de uma vez/mês (4) Nunca (5) Não sabe (8)
24	Nos últimos 6 meses de relacionamento, você vivenciou algum dos seguintes problemas com o	Problemas com dinheiro (1) Problemas familiares (2)

	uso de bebida pelo seu marido/companheiro?	Outros: _____
25	Com que frequência seu marido/companheiro atual ou mais recente usa/usou drogas?	Todos ou quase todo dia (1) 1 ou 2 vezes/semana (2) 1 a 3 vezes/mês (3) < de 1 vez/mês (4) Nunca (5) Não sabe (8)
26	Desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
27	Nos últimos seis meses de relacionamento (atual ou mais recente), isso nunca aconteceu, aconteceu uma ou duas vezes ou muitas vezes?	Nunca (1) 1 ou 2 vezes (2) 3 a 5 vezes (3) Mais de 5 vezes (4) Não sabe (8)
28	Seu marido/companheiro (atual ou mais recente) se envolvia/envolve com brigas (agressões físicas) com os pais ou irmãos dele?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
<p>Quando duas pessoas casam, vivem juntas, ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos anteriores e atual e sobre como seu marido/companheiro a trata ou tratou. Se alguém nos interromper, eu mudarei o assunto da nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?</p>		
29	No relacionamento com seu atual ou mais recente marido/companheiro, com que frequência você diria que vocês brigam? Raramente, algumas vezes ou frequentemente?	Raramente (1) Algumas vezes (2) Frequentemente (3)
30	<p>Agora vou lhe colocar algumas situações que são verdadeiras para muitas mulheres. Pensando sobre seu marido/companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tenta evitar que você visite/veja seus amigos. b) Procura restringir seu contato com sua família. c) Insiste em saber onde você está o tempo todo. d) Lhe ignora e trata com indiferença. e) Fica zangado se você conversa com outro homem. f) Está frequentemente suspeitando que você é infiel. g) Espera que você peça permissão a ele antes de procurar um serviço de saúde para você mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim (1) Não (2) b) Sim (1) Não (2) c) Sim (1) Não (2) d) Sim (1) Não (2) e) Sim (1) Não (2) f) Sim (1) Não (2) g) Sim (1) Não (2)
31	Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez tratou você da seguinte forma:	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim (1) Não (2) b) Sim (1) Não (2) c) Sim (1) Não (2) d) Sim (1) Não (2)

	<p>a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?</p> <p>b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?</p> <p>c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito. (p.ex: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?</p> <p>d) Ameaçou machuca-la ou alguém de quem você gosta?</p> <p>Se sim, isto aconteceu nestes últimos 12 meses da sua vida?</p> <p>Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?</p> <p>Antes dos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?</p>	<p>Sim (1) Não (2)</p> <p>Uma (1) Poucas(2) Muitas(3)</p> <p>Uma (1) Poucas(2) Muitas(3)</p>
32	<p>Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:</p> <p>a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?</p> <p>b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?</p> <p>c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?</p> <p>d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?</p> <p>e) Estrangulou ou queimou você de propósito?</p> <p>f) Ameaçou usar, ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?</p> <p>Se sim, isto aconteceu nestes últimos 12 meses da sua vida?</p> <p>Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?</p> <p>Antes dos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?</p>	<p>a) Sim (1) Não (2)</p> <p>b) Sim (1) Não (2)</p> <p>c) Sim (1) Não (2)</p> <p>d) Sim (1) Não (2)</p> <p>e) Sim (1) Não (2)</p> <p>f) Sim (1) Não (2)</p> <p>Sim (1) Não (2)</p> <p>Uma (1) Poucas(2) Muitas(3)</p> <p>Uma (1) Poucas(2) Muitas(3)</p>
33	<p>Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro tratou você da seguinte forma:</p> <p>a) Forçou-a, fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?</p> <p>b) Você teve relação sexual porque estava</p>	<p>a) Sim (1) Não (2)</p> <p>b) Sim (1) Não (2)</p> <p>c) Sim (1) Não (2)</p>

	<p>com medo do que ele pudesse fazer?</p> <p>c) Forçou-a a alguma prática sexual degradante ou humilhante?</p> <p>Se sim, isto aconteceu nestes últimos 12 meses da sua vida?</p> <p>Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?</p> <p>Antes dos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?</p>	<p>Sim (1) Não (2)</p> <p>Uma (1) Poucas(2) Muitas(3)</p> <p>Uma (1) Poucas(2) Muitas(3)</p>
34	Verifique se houve resposta afirmativa para qualquer questão com violência psicológica.	Sim, violência psicológica (1) Não (2)
35	Verifique se houve resposta afirmativa para qualquer questão com violência física.	Sim, violência física (1) Não (2)
36	Verifique se houve resposta afirmativa para qualquer questão com violência sexual.	Sim, violência sexual (1) Não (2)
37	Você considera que sofre ou já sofreu algum tipo de violência psicológica por parte do seu atual ou outro marido/companheiro?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
38	Você considera que sofre ou já sofreu algum tipo de violência física por parte do seu atual ou outro marido/companheiro?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
39	Você considera que sofre ou já sofreu algum tipo de violência sexual por parte do seu atual ou outro marido/companheiro?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
40	Se você já engravidou alguma vez, houve alguma ocasião na sua vida em que você foi espancada ou, de alguma outra forma, agredida fisicamente por um companheiro quando você estava grávida?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (9)
41	Isto ocorreu em uma gravidez ou em mais de uma? Se em mais de uma, em quantas delas você foi agredida fisicamente?	Nº de gestações com agressão física _____
42	Você já levou socos ou pontapés na barriga durante a gravidez?	Sim (1) Não (2)
43	Durante a mais recente gravidez, na qual você foi agredida, a pessoa que a agrediu era o pai da criança?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8) Não se aplica (9)
44	Você estava vivendo com esta pessoa quando isto aconteceu?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (9)
45	Você já havia sido agredida por esta mesma pessoa antes de ficar grávida?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (9)
46	Comparando sua situação antes da gravidez, você diria que a situação de violência diminuiu, não se alterou ou aumentou durante a gravidez?	Diminuiu (1) Não se alterou (2) Aumentou (3) Não sabe (8) Não se aplica (9)
Seção 4: Lesões		

Agora, gostaria de saber mais sobre as lesões que você sofreu em decorrência da violência de seu marido/companheiro. Por violência, refiro-me a qualquer forma de dano físico, como cortes, torções, ossos ou dentes quebrados, ou outras coisas desse gênero.		
47	Você já sofreu lesões resultantes de violência/abuso por (um de) seu(s) marido(s)/companheiro(s) atual ou anterior?	Sim (1) Não (2)
48	Na sua vida, quantas vezes você já sofreu lesões por seu marido/companheiro (atual ou anterior)?	Uma/duas vezes (1) Algumas (3-5 vezes) (2) Muitas (mais que 5) vezes (3) Não se aplica (9)
49	Isto aconteceu nos últimos 12 meses?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (9)
50	Que tipos de lesões você sofreu? a) Cortes, perfurações, mordidas. b) Esfolamento/contusão. c) Torção/deslocamento. d) Queimaduras. e) Lesões penetrantes/cortes profundos. f) Fraturas, ossos quebrados. g) Dentes quebrados. h) Outros _____ Se sim, isto aconteceu nos últimos 12 meses?	a) Sim (1) Não (2) b) Sim (1) Não (2) c) Sim (1) Não (2) d) Sim (1) Não (2) e) Sim (1) Não (2) f) Sim (1) Não (2) g) Sim (1) Não (2) Sim (1) Não (2)
51	Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde? Se sim, quantas vezes?	Nº de vezes _____ Sim, mas não sabe (98) Não precisou (00)
52	Você já recebeu cuidados de saúde para suas lesões? Se sim, todas as vezes ou apenas algumas?	Sim, às vezes (1) Sim, sempre (2) Não (3)
53	Você precisou passar alguma noite hospitalizada por causa de suas lesões? Se sim, quantas noites?	Nº de noites em hospital _____ Se não registre (00)
54	Você contou ao profissional de saúde que lhe atendeu a verdadeira causa das lesões? Se não, por que?	Sim (1) Não (2) a) Vergonha b) Medo do companheiro c) Raiva d) Outros motivos _____
Seção 5: Impacto e enfrentamento		
55	Existem situações particulares que costumam levar seu companheiro à violência?	Sem motivos (1) Quando bêbado (2) Problemas com dinheiro (3) Dificuldades no trabalho (4) Quando desempregado (5) Problemas familiares (6) Gravidez (7) Ciúmes (8) Recusa de sexo (9) Desobediência (10)

		Outras _____ Não se aplica (99)
56	Seus filhos estavam presentes ou escutaram você sendo agredida fisicamente em qualquer um desses episódios de violência? Se sim, com que frequência?	Nunca (1) 1 ou 2 vezes (2) Algumas vezes (3) Muitas vezes/o tempo todo (4) Não sabe (8) Não se aplica (9)
57	Durante as vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender? Se sim, com que frequência?	Nunca (1) 1 ou 2 vezes (2) Algumas vezes (3) Muitas vezes/o tempo todo (4) Não se aplica (9)
58	Em alguma ocasião você bateu ou agrediu fisicamente seu marido/companheiro quando ele não estava batendo em você ou agredindo você fisicamente? Se sim, com que frequência?	Nunca (1) 1 ou 2 vezes (2) Algumas vezes (3) Muitas vezes/o tempo todo (4) Não se aplica (9)
59	Você diria que a violência do seu marido/companheiro contra você afetou/ está afetando sua saúde física ou mental?	Não afetou (1) Um pouco (2) Muito (3)
60	De que forma a violência prejudicou seu emprego ou outras atividades geradoras de renda? Se é que prejudicou. Assinale todas as alternativas que se aplicam.	Não tem trabalho remunerado (1) Não prejudicou (2) Parceiro interrompeu o trabalho (3) Incapaz de concentrar-se (4) Incapaz de trabalhar/ afastamento médico (5) Perdeu a confiança em sua capacidade (6) Outras _____
61	Com quem você conversou sobre a violência física sofrida? Assinale todos que se aplicam.	Ninguém (1) Amigos (2) Pais (3) Irmão ou irmã (4) Tio ou tia (5) Família do marido/companheiro (6) Filhos (7) Vizinhos (8) Policia (9) Profissional de saúde (10) Líder religioso (11) Psicólogo (12) Org. mulheres (13) Outros _____
62	Você já foi a algum dos seguintes serviços para obter ajuda?	a) Sim (1) Não (2)

	<ul style="list-style-type: none"> a) Polícia/delegacia b) Hospital ou centros de saúde c) Serviços sociais d) Serviços jurídicos/advogado e) Tribunal/juizado f) Abrigo g) Líder local h) Organização de mulheres i) Líder religioso j) Delegacia de polícia k) Mais algum lugar? _____ 	<ul style="list-style-type: none"> b) Sim (1) Não (2) c) Sim (1) Não (2) d) Sim (1) Não (2) e) Sim (1) Não (2) f) Sim (1) Não (2) g) Sim (1) Não (2) h) Sim (1) Não (2) i) Sim (1) Não (2) j) Sim (1) Não (2)
63	Se sua irmã ou melhor amiga tivesse um problema parecido e precisasse do mesmo serviço, você recomendaria?	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim (1) Não (2) b) Sim (1) Não (2) c) Sim (1) Não (2) d) Sim (1) Não (2) e) Sim (1) Não (2) f) Sim (1) Não (2) g) Sim (1) Não (2) h) Sim (1) Não (2) i) Sim (1) Não (2) j) Sim (1) Não (2)
64	O que a levou a procurar ajuda?	<ul style="list-style-type: none"> Encorajada por amigos/família (1) Não aguentava mais (2) Muito machucada/medo que ele a matasse (3) Ele ameaçou ou tentou mata-la (4) Ele ameaça (7) Teve medo que pudesse mata-lo (8)
65	Por que você não foi a algum destes serviços?	<ul style="list-style-type: none"> Medo de sofrer mais violência/ameaça (1) A violência é normal, nada sério (2) Vergonha (3) Achou que poderia ser culpada (4) Não acreditou em ajuda/ conhece mulheres que não foram ajudadas (5) Medo de terminar a relação (6) Medo de perder os filhos (7) Sujaria o nome da família (8) Outros _____
66	Você gostaria de receber ajuda de mais alguém? De quem?	<ul style="list-style-type: none"> Ninguém mencionado (1) Família (2) Mãe dela (3) Mãe dele (4) Centro de saúde (5)

		Polícia (6) Líder religioso (7) Outra _____
67	Você já saiu de casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência? Se sim, quantas vezes?	Nº de vezes _____ Nunca (00)
68	Por que você voltou para ele?	Não queria deixar as crianças (1) O casamento é sagrado (2) Pelo bem da família (3) Não poderia sustentar os filhos (4) Amava o marido/companheiro (5) Ele pediu para que voltasse (6) A família pediu para que ela voltasse (7) Ela o perdoou (8) Achou que ele iria mudar (9) Ele ameaçou a ela (10) Outro _____
69	Quais foram as razões que fizeram com que você ficasse?	Não queria deixar as crianças (1) O casamento é sagrado (2) Pelo bem da família (3) Não poderia sustentar os filhos (4) Amava o marido/companheiro (5) Ele pediu para que voltasse (6) A família pediu para que ela voltasse (7) Ela o perdoou (8) Achou que ele iria mudar (9) Ele ameaçou a ela (10) Outro _____

Seção 6: Outras experiências

Em suas vidas, muitas mulheres vivenciam diferentes formas de violência, casadas por familiares, por outras pessoas que elas conhecem e/ou por estranhos. Se não incomodar, gostaria de lhe perguntar, rapidamente, a respeito de algumas dessas situações. Tudo o que você disser será mantido em segredo. Posso continuar?

70	Desde seus 15 anos, de algum modo, alguém já bateu ou agrediu você fisicamente? Outra pessoa que não seja seu marido/companheiro. Se sim, quem fez isso com você?	Pai (1) Padrasto (2) Outro membro da família (homem) (3) Outro membro da família (mulher) (4) Professor (5) Policial (6) Amigo da família (homem) (7)
----	--	---

		Amigo da família (mulher) (8) Namorado (9) Estranho (10) Alguém no trabalho (11) Outra_____
71	Desde seus 15 anos, de algum modo, alguém já forçou você a fazer sexo ou alguma prática sexual quando você não queria? Outra pessoa que não seja seu marido/companheiro. Se sim, quem?	Pai (1) Padrasto (2) Outro membro da família (homem) (3) Outro membro da família (mulher) (4) Professor (5) Policial (6) Amigo da família (homem) (7) Amigo da família (mulher) (8) Namorado (9) Estranho (10) Alguém no trabalho (11) Outra_____
72	Antes dos 15 anos, você se lembra se alguém em sua família tocou em você sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual que você não queria? Se sim, quem fez isso com você?	Pai (1) Padrasto (2) Outro membro da família (homem) (3) Outro membro da família (mulher) (4) Professor (5) Policial (6) Amigo da família (homem) (7) Amigo da família (mulher) (8) Namorado (9) Estranho (10) Alguém no trabalho (11) Outra_____
73	Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez com esta pessoa? Quantas vezes isso aconteceu?	Idade aproximada_____ Uma ou duas vezes (1) Poucas vezes (2) Muitas vezes (3) Não se aplica (9)
74	Quando você era criança, a sua mãe era agredida fisicamente pelo seu pai (ou pelo marido/companheiro dela?)	Sim (1) Não (2) Os pais não moravam juntos (3) Não sabe (8)
75	Quando criança, você viu ou ouviu este tipo de violência?	Sim (1) Não (2)

		Não lembra (8)
76	Pelo que você sabe, a mãe do seu marido/companheiro (atual ou mais recente) era agredida fisicamente ou apanhou do marido/companheiro dela?	Sim (1) Não (2) Os pais dele não moravam juntos (3) Não sabe (8)
77	O seu marido/companheiro (atual ou mais recente) viu ou ouviu este tipo de violência?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
78	Pelo que você sabe, o seu marido/companheiro (atual ou mais recente) apanhava regularmente ou era agredido fisicamente por alguém da família dele?	Sim (1) Não (2) Não sabe (8)
79	Quantas irmãs você tem (nascidas da mesma mãe), com idade entre 15 e 49 anos?	Irmãs entre 15 e 49 anos _____ Não tem irmãs entre 15 e 49 anos (00)
80	Quantas destas irmãs já foram casadas ou viveram com um companheiro?	Irmãs que já tiveram companheiro _____ Nenhuma (00) Não se aplica (9)
81	Alguma(s) e sua(s) irmã(s) já foram agredidas fisicamente ou apanhava pelo marido/companheiro dela(s)?	Nº de irmãs agredidas _____ Nenhuma (00) Não sabe (8) Não se aplica (9)
82	Você já recusou algum emprego ou desistiu de um trabalho remunerado porque seu marido/companheiro não queria que você trabalhasse?	Sim (1) Não (2) Não se aplica (9)
83	Você pode gastar o dinheiro que ganha como achar melhor ou tem que dar todo o dinheiro ou uma parte dele ao seu marido/companheiro?	Ela mesma gasta (1) Dá parte ao marido/companheiro (2) Dá tudo ao marido/companheiro (3) Não se aplica (9)
84	Você diria que o dinheiro que você coloca em casa é maior, menor ou igual à contribuição de seu marido/companheiro?	Maior (1) Menor (2) Igual (3) Não sabe (8) Não se aplica (9)
85	Seu marido/companheiro, mesmo tendo dinheiro para outras coisas, já se recusou em contribuir com as despesas da casa? Se sim, com que frequência?	Nunca (1) Uma/duas vezes (2) Algumas vezes (3) Muitas vezes/o tempo todo (4) Ele não tem remuneração (5) Não se aplica (9)
Seção 7: Atitudes com relação aos papéis de gênero		
Nesta comunidade e em outros locais, as pessoas tem ideias diferentes sobre as famílias e sobre o que constitui um comportamento aceitável para homens e mulheres em casa. Vou ler uma lista de afirmações e gostaria que você me dissesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas certas ou erradas.		
86	Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que	Concorda (1)

	discorde dele.	Discorda (2) Não sabe (3)
87	Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família.	Concorda (1) Discorda (2) Não sabe (3)
88	É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda.	Concorda (1) Discorda (2) Não sabe (3)
89	É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade.	Concorda (1) Discorda (2) Não sabe (3)
90	Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família deveriam intervir.	Concorda (1) Discorda (2) Não sabe (3)
91	Na sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: <ul style="list-style-type: none"> a) Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele. b) Ela o desobedece. c) Ela se recusa a manter relações sexuais com ele. d) Ela pergunta se ele tem outras namoradas. e) Ele suspeita que ela é infiel. f) Ele descobre que ela tem sido infiel. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim (1) Não (2) b) Sim (1) Não (2) c) Sim (1) Não (2) d) Sim (1) Não (2) e) Sim (1) Não (2) f) Sim (1) Não (2)

Seção 8: Complemento

Agora terminamos a entrevista. Você tem algum comentário ou gostaria de acrescentar alguma outra coisa?

Conversamos a respeito de coisas muito difíceis. Como você se sentiu, durante a entrevista, conversando sobre estas coisas?

Bem melhor (1)

Mal/pior (2)

Igual/não fez diferença (3)

Finalizando, você concordaria em me receber novamente (nas próximas semanas) para esclarecer alguma questão, caso seja necessário?

Sim (1)

Não (2)

VERSÃO 1 - CASO A ENTREVISTADA TENHA INFORMADO PROBLEMAS / VIOLÊNCIA

Quero agradecer muito a sua ajuda. Apreciamos o tempo que você gastou. Percebo que estas perguntas podem ter sido difíceis para você responder, mas só ouvindo as mulheres diretamente

é que realmente podemos entender mais sobre a saúde delas e as experiências de violência. Pelo que você nos contou, vejo que atravessou alguns momentos muito difíceis em sua vida. Ninguém tem o direito de tratar outra pessoa desse modo. Porém, com base no seu relato, percebo que você é forte, tendo ultrapassado circunstâncias difíceis. Esta é uma lista de organizações que oferecem apoio, conselhos legais e serviços de auxílio e aconselhamento às mulheres em Pernambuco. Por favor contate-os se você quiser discutir sua situação com alguém. Os serviços listados são gratuitos e eles manterão tudo que você disser em sigilo. Você pode ir quando você se sentir pronta para isso, seja agora, ou mais tarde.

VERSÃO 2 - CASO A ENTREVISTADA NÃO TENHA INFORMADO PROBLEMAS / VIOLÊNCIA

Quero agradecer muito a sua ajuda. Apreciamos o tempo que você gastou. Percebo que estas perguntas podem ter sido difíceis para você responder, mas só ouvindo as mulheres diretamente é que realmente podemos entender mais sobre a saúde delas e suas experiências de vida.

Caso você ouça falar de outra mulher que precise de ajuda, aqui está uma lista de organizações que oferecem apoio, conselhos legais e serviços de auxílio e aconselhamento às mulheres em Pernambuco. Por favor contate-os se você ou quaisquer de suas amigas ou parentes precisar de ajuda. Os serviços listados são gratuitos e eles manterão tudo que se diga a eles em sigilo.

Registrar a hora do término da entrevista Horas [][] (24 horas)
Minutos [][]