

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

Marilia Faleiro Malaguth Mendonça

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE E VIOLÊNCIA DAS MULHERES  
ATENDIDAS NO “AMBULATÓRIO PARA ELAS”**

Belo Horizonte  
2020

Marilia Faleiro Malaguth Mendonça

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE SAÚDE E VIOLÊNCIA DAS MULHERES  
ATENDIDAS NO “AMBULATÓRIO PARA ELAS”**

**Versão final**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Elza Machado de Melo

Belo Horizonte  
2020

M539p Mendonça, Marília Faleiro Malaguth.  
Perfil clínico epidemiológico de saúde e violência das mulheres atendidas no "Ambulatório Para Elas" [recursos eletrônicos]. / Marília Faleiro Malaguth Mendonça. -- Belo Horizonte: 2020.  
50f.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Elza Machado de Melo.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência de Gênero. 2. Violência contra a Mulher. 3. Saúde da Mulher. 4. Assistência Ambulatorial. 5. Dissertação Acadêmica. I. Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 600

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

# **FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

## **Reitora**

Profa. Sandra Goulart Almeida

## **Vice-Reitor**

Prof. Alessandro Moreira

## **Pró-Reitor de Pós-graduação**

Prof. Fábio Alves

## **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Mário Campos

## **Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Humberto José Alves

## **Vice-Diretora da Faculdade de Medicina**

Profa. Dra. Alamanda Kfourri Pereira

## **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

## **Vice-chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Profa. Dra. Adalgisa Peixoto Ribeiro

## **Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde Prevenção da Violência**

Profa. Dra. Elza Machado de Melo

## **Subcoordenadora do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde Prevenção da Violência**

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

## **Colegiado do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde Prevenção da Violência**

Profa. Elza Machado de Melo – Coordenadora

Profa. Cristiane de Freitas Cunha – Subcoordenadora

Profa. Andréa Maria Silveira

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Profa. Palmira de Fátima Bonolo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

## **Representantes discentes**

Claudia Sueli da Rocha

Rômulo de Oliveira Radicchi



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP  
ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA: MARILIA FALEIRO MALAGUTH MENDONÇA**

Realizou-se, no dia 22 de dezembro de 2020, às 09:00 horas, Canal do CETES no YouTube - Defesa em ambiente virtual, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Perfil clínico epidemiológico de saúde e violência das Mulheres atendidas no "Ambulatório Para Elas"*, apresentada por MARILIA FALEIRO MALAGUTH MENDONÇA, número de registro 2018711983, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador (UFMG), Prof(a). Jandira Maciel da Silva (UFMG), Prof(a). Myrian Fatima de Siqueira Celani (FACULDADE MEDICINA UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 22 de dezembro de 2020.

Prof(a). Elza Machado de Melo ( Doutora )

Prof(a). Jandira Maciel da Silva ( Doutora )

Prof(a). Myrian Fatima de Siqueira Celani ( Doutor )



Documento assinado eletronicamente por **Jandira Maciel da Silva, Professora do Magistério Superior**, em 03/05/2022, às 23:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Myrian Fatima de Siqueira Celani, Professora do Magistério Superior**, em 05/05/2022, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Elza Machado de Melo, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 16/05/2022, às 12:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 1428795 e o código CRC FAB57FB1.

Dedico essa dissertação às Meninas e Mulheres do  
Programa Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós,  
em especial às 583 presentes neste trabalho.

## Agradecimentos

Escrevo essa dissertação com alívio, e com a sensação de que ela não acaba por aqui. Concluir um mestrado não é tão simples... E para nossa turma coincidiu com este ano tão desafiador, 2020. Por isso e por muito mais, obrigada a todas e todos vocês, que estão lendo este texto e que estiveram presentes para mim de formas tão diversas e significativas. Não posso deixar de citar aqui algumas pessoas, ainda que palavras não sejam suficientes para expressar minha gratidão.

À professora Elza, que foi olhar atento, amor, amparo, compreensão, paciência e abraço em todos os momentos desde que a conheci, agora mais ainda. Minha eterna gratidão ao tempo e à vida que permitiram esse encontro. Obrigada por fazer existir tanto, por tornar possível para mim iniciar o aprendizado neste trabalho.

Ao professor Rodrigo Pastor, por me mostrar as ferramentas no início de minha formação e incentivar meu caminhar. Obrigada por me ajudar a enxergar a pessoa na experiência clínica, por fundar e acreditar na MFC-UFOP.

Aos professores Ricardo Tavares e Alexandre Rotondo.

Aos queridos alunos e companheiros de jornada Vitor Galdino, Victor Pontini, Isis de Sá e Ilka Bins.

Ao incrível Programa de Pós-Graduação PSPV, à Universidade Federal de Minas Gerais, ao apoio do PRPq aos alunos.

Às queridas Lauriza, Amanda, Mari. Aos colegas do mestrado.

À minha família, em especial meus pais, Célia e Marílio, grandes amores e inspirações na vida e profissão, aos meus amados irmãos.

À minha prima-irmã Tamna, que me ajudou com a tradução.

À amiga-irmã Paty, pela força, incentivo e revisão.

À todas as amigas que encontrei em minha trajetória, ao Tiago César e à família Pecado Original.

“Não sei se Adão e Eva é pecado!”

## Resumo

**Introdução:** A violência traz sérios impactos na saúde das mulheres. Em 2016 foi criado o Ambulatório Para Elas com a proposta de cuidado integral, fortalecimento da autonomia e do vínculo, diálogo e horizontalidade nas relações entre os sujeitos envolvidos, mulheres, familiares e profissionais. **Objetivos:** Descrever o perfil de saúde e as violências que atravessam as mulheres desse ambulatório. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, quantitativo, utilizando os dados dos registros dos atendimentos multiprofissionais realizados no Ambulatório Para Elas, no período de outubro de 2016 até novembro de 2019. Os dados foram extraídos dos registros por meio de questionário construído para este fim, organizados em planilhas Excel por meio do *google forms* e transportados para o SPSS. Foram realizadas análises estatísticas descritivas; análises bivariadas, com distribuição de frequência das variáveis estudadas e cálculo de razão de chances; análise de correspondência. Foi confeccionado mapa geoespacial, a partir do local de residência das mulheres atendidas. **Resultados:** Foram analisados registros de 583 meninas e mulheres. Os resultados mostram que elas residem em todas as regionais de Belo Horizonte e que a maioria está na faixa etária de 40 a 59 anos, é de cor negra, católica ou evangélica, casada, não estudou ou possui ensino médio incompleto e trabalha com serviços gerais. A maior parte foi atendida individualmente 2 ou 3 vezes, por 2 ou 3 categorias profissionais. Relataram violência (81,3%), principalmente do tipo psicológica/moral (65,18%). O principal agressor foi o parceiro ou ex-parceiro íntimo. Os problemas de saúde mais prevalentes foram sintomas depressivos e/ou ansiosos (81%), distúrbios do sono (59,3%), vergonha e culpa/baixa autoestima (49,2%) e dor crônica (47,3%). Entre os grupos de problemas, os mais prevalentes foram “Saúde mental e comportamento” (90,6%), “Inespecífico” (56,1%) e “Geniturinário” (46%). Ter sido vítima de violência por parceiro íntimo aumentou a chance de apresentar problemas em 3 ou mais sistemas (OR=1,36), 4 ou mais problemas (OR=2,18), problemas indiferenciados (OR=2,07) e crônicos (OR=1,6). Outras formas de violências interpessoais, institucional, estrutural e autoviolência também se mostraram associadas a maior chance de apresentar problemas em 3 ou mais sistemas, número maior de queixas, problemas indiferenciados e crônicos. **Discussão:** A alta prevalência de problemas compatíveis com depressão e/ou

ansiedade, distúrbios do sono e dor crônica, está de acordo com os dados encontrados na literatura a respeito das consequências da violência contra a saúde da mulher. Problemas indiferenciados, crônicos e número elevado de problemas nos atendimentos também se mostraram associados às violências. Isso está em consonância com o estigma de “poliqueixosas” e “hiperutilizadoras”, que essas mulheres recebem nos serviços de saúde, assim como com prejuízo na autopercepção de saúde. Não foi possível mensurar a gravidade das violências e dos problemas de saúde aqui apresentados.

Palavras-chave: violência de gênero, violência contra a mulher, saúde da mulher, Ambulatório Para Elas.

## Abstract

**Introduction:** Violence causes serious impacts to women's health. In 2016, the Ambulatory "Para Elas" was created with the intent of providing comprehensive care, strengthening of autonomy and bonding, dialogue and horizontality in the relationships between all the subjects involved, women, their families and professionals. **Objectives:** To the violence that affects women attending this clinic and map their health profile. **Methods:** A cross-sectional, quantitative study, that utilizes data from the records of the multi-professional consultations carried out at said Ambulatory, between October 2016 and November 2019. The data was extracted from mentioned records through a questionnaire built for this purpose, utilizing Excel spreadsheets in google forms and later transported to SPSS. Descriptive statistical analyzes, bivariate analyzes, with frequency distribution of the studied variables and calculation of the odds ratio and correspondence analysis were performed. A Geospatial map was created using the place of residence of the women assisted as starting points. **Results:** 583 medical charts of girls and women were analyzed. The results show that they reside in all regions of Belo Horizonte and that the majority of these women are in the age group of 40 to 59 years old, are from black ethnicity, have Catholic or Evangelical beliefs, are married, did not study or has incomplete high school and work with general services. Most were attended 2 or 3 times in individual consultations and by 2 or 3 professional categories. The majority of these women report being victims of some type of violence (81.3%), mainly of a psychological/moral (65.18%). The main reported aggressor was the partner or ex-intimate partner. The most prevalent problem groups were "Mental health and behavior" (90.6%), "Unspecified" (56.1%) and "Genitourinary" (46%). Suffering of violence from an intimate partner increased the chance of having problems in 3 or more systems (OR = 1.36), 4 or more problems (OR = 2.18), undifferentiated (OR = 2.07) and chronic problems (OR = 1.6). Suffering other forms of interpersonal, institutional, structural and self-violence also proved to be associated with a greater chance of having problems in 3 or more systems, a greater number of complaints, undifferentiated and chronic problems. **Discussion:** The high prevalence of problems compatible with depression and/or anxiety, sleep disorders and chronic pain is in accordance with data found in literature reporting the consequences of violence

against women's health. Undifferentiated and chronic problems have also previously been associated with violence. The high amount of problems reported in individual care is also associated with violence and is in line with the stigma of “poliqueixosas”, excessive complainers, and “hyper users” that are often utilized to refer to these women at the health centres and with self-perceived illness. It was not possible to assess the severity of suffered violence or of the health problems presented in this work.

**Keywords:** gender violence, violence against women, women's health, Ambulatório Para Elas.

## Lista de figuras, quadros e tabelas

<b>Quadro 1</b> - Prevalência de violência contra mulher, em vários países do mundo	20
<b>Figura 1</b> – Evolução da taxa de homicídios femininos no Brasil por raça/cor (2008-2018)	23
<b>Tabela 1</b> – Razão de mortalidade por DCNT em mulheres com notificação de violências e sem notificação, entre 2011 e 2016	28
<b>Figura 2</b> - Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, Minas Gerais	41
<b>Figura 3</b> - Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, Região Metropolitana de BH	41
<b>Figura 4</b> – Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, Grande	42
<b>Figura 5</b> – Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, BH	42
<b>Tabela 2</b> – Perfil sociodemográfico das mulheres atendidas	43
<b>Tabela 3</b> – Número de atendimentos da equipe multiprofissional por semestre	45
<b>Figura 6</b> – Número de mulheres por número de atendimentos	46
<b>Tabela 4</b> – Porcentagem de meninas e mulheres atendidas por categoria profissional	46
<b>Tabela 5</b> – Número médio de atendimentos por mulher em cada categoria profissional	47
<b>Tabela 6</b> – Porcentagem de atendimentos de cada categoria profissional que geraram registros de violência	48
<b>Tabela 7</b> – Distribuição de frequência de meninas mulheres vítimas de violência, conforme o tipo de agressão sofrida	50
<b>Tabela 8</b> - Distribuição de frequência de meninas mulheres vítimas de violências combinadas	51
<b>Tabela 9</b> – Número de mulheres vítimas por cada agressor(a)	52
<b>Tabela 10</b> - Número de mulheres vítimas por agressor, conforme gênero	52
<b>Tabela 11</b> - Número de mulheres vítimas por agressor, conforme parentesco	53
<b>Figura 7</b> – Número de mulheres por número de problemas de saúde apresentados	54
<b>Tabela 12</b> – Distribuição de frequências de problemas de saúde	54
<b>Tabela 13</b> – Distribuição de frequências de problemas de saúde por sistemas	55
<b>Tabela 14</b> – <i>Odds ratios</i> das mulheres com registro de violência segundo problemas em 3 ou mais sistemas	56
<b>Tabela 15</b> - <i>Odds ratios</i> das mulheres com registro de violência segundo o número problemas, queixas e/ou diagnósticos	57
<b>Tabela 16</b> - <i>Odds ratios</i> das mulheres com registro de violência segundo queixas e/ou problemas indiferenciados	58
<b>Tabela 17</b> - <i>Odds ratios</i> das mulheres com registro de violência segundo queixas, problemas e/ou diagnósticos crônicos	59
<b>Figura 8</b> – Mapa de correspondência e tabelas orientadoras	60

## Lista de abreviaturas e siglas

APS = Atenção Primária à Saúde  
AVE = Acidente vascular encefálico  
BH = Belo Horizonte  
DCNT = Doenças crônicas não transmissíveis  
DRGE = Doença do refluxo gastroesofágico  
EF = Ensino fundamental  
EJA = Educação de Jovens e Adultos  
EM = Ensino médio  
GOB = Ginecologia-obstetrícia  
HIV = Vírus da imunodeficiência humana  
HPV = papilomavírus humano  
IAM = Infarto agudo do miocárdio  
ITU = Infecção do trato urinário  
MFC = Medicina de Família e Comunidade  
MG = Minas Gerais  
OMS = Organização Mundial de Saúde  
SP = São Paulo  
SUS = Sistema Único de Saúde  
SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
TEP = Tromboembolismo pulmonar  
TEPT – Transtorno de estresse pós-traumático  
VDRL = *Venereal Disease Research Laboratory*  
VPI = Violência por parceiro íntimo  
ZMP = Zona da Mata de Pernambuco

## Sumário

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	16
<b>2. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA</b>	18
2.1 <i>Conceito de Violência</i>	18
2.2 <i>Violência contra a mulher</i>	19
2.3 <i>Violência contra a mulher, Saúde e Doença</i>	26
2.4 <i>O Ambulatório Para Elas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade</i>	30
<b>3. JUSTIFICATIVA</b>	35
<b>4. OBJETIVOS</b>	35
4.1 <i>Objetivo Geral</i>	35
4.2 <i>Objetivos Específicos</i>	35
<b>5. METODOLOGIA</b>	36
5.1 <i>Tipo de estudo e cenário</i>	36
5.2 <i>Questionário</i>	36
5.3 <i>Variáveis</i>	37
5.4 <i>Abordagem profissional</i>	38
5.5 <i>Critérios de Inclusão</i>	39
5.6 <i>Análises</i>	39
<b>6. RESULTADOS</b>	40
6.1 <i>Distribuição geográfica e características das meninas e mulheres</i>	40
6.2 <i>Características sociodemográficas</i>	43
6.3 <i>Atendimentos no Ambulatório</i>	45
6.4 <i>Tipos de violência e agressores</i>	49
6.5 <i>Queixas, sintomas e problemas de saúde</i>	53
6.6 <i>Correlações entre grupos de problemas e violências</i>	55
6.7 <i>Análise de correspondência</i>	60
<b>7. DISCUSSÃO</b>	62
7.1 <i>Distribuição geográfica e dados sociodemográficos</i>	62
7.2 <i>Atendimentos no Ambulatório</i>	64
7.3 <i>O Ambulatório como prática de ensino</i>	66
7.4 <i>Violências nos registros de saúde</i>	67
7.5 <i>Violências</i>	68
7.6 <i>Problemas, sintomas, queixas</i>	70

<i>7.7 Associações entre Violências e problemas, sintomas e queixas</i>	72
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	74

## 1. Apresentação

A presente pesquisa descreve o perfil sociodemográfico, clínico epidemiológico e de violências que atravessam as Meninas e Mulheres atendidas no *Ambulatório Para Elas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade*, desde sua inauguração, em outubro de 2016, até novembro de 2019. É sabido que o pesquisador influencia na pesquisa que se propõe a fazer, na escolha do tema, na busca e acesso aos dados, em suas análises. A motivação para a construção desta dissertação parte de minhas experiências com a temática da Violência e Saúde da Mulher, na graduação, como residente de medicina de família e comunidade, na atuação como médica no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Ambulatório Para Elas.

Contribuiu para a relevância do tema em minha prática o fato de a maior parte do público atendido na atenção primária à saúde (APS) do SUS ser composto por mulheres negras. Relatos e percepções de violência e suas consequências não eram incomuns. A esperada inespecificidade dos problemas e queixas na APS se tornava ainda maior quando vindas dessas mulheres. Problemas inexplicáveis do ponto de vista médico, uso repetido do serviço, prescrições com inúmeros medicamentos, tantas vezes psicotrópicos, estigma de “poliqueixosas”, transtornos mentais comuns e graves, dificuldades no sono, entre outros problemas que geralmente não respondiam aos fármacos, surgiam cotidianamente e me chamavam atenção. Não era raro perceber que as usuárias apresentavam baixa autoestima, nível insuficiente de autocuidado, insatisfações e dificuldades com a própria sexualidade. Na quase totalidade de atendimentos se manifestava a culpa, a vergonha e o desconhecimento do próprio corpo. Um exemplo, verificado em alguns atendimentos, foi a dificuldade de algumas mulheres em olharem suas vaginas com um espelho, a repulsa, medo e negação imediata para manusearem o espécule em seu corpo – equipamento necessário para a coleta do exame Papanicolau – nas vezes em que sugeri que fizessem isso.

“(…) A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”<sup>1</sup>. Apesar das poucas vezes em que a violência apareceu de forma explícita na consulta, pude começar a

perceber que o tema era parte da vida delas e de minha própria vida, muito antes da graduação. Tentar entender essas pacientes e em alguns momentos me perceber como elas, me despertou para a necessidade de autoconhecimento e (re)conhecimento das violências que também me atravessam. Os números crescentes de violência contra a mulher me fazem pensar que a pesquisa é bem-vinda.

De acordo com o professor e pesquisador da UFRJ, Emerson Mehry, no cuidado em saúde ou “trabalho vivo em ato” o saber se institui a partir do contato com o outro. É nesse espaço, entre o saber e o fazer, que o cuidado propriamente dito acontece <sup>2</sup>. De acordo com o professor, a mesma lógica se aplica à pesquisa *“pesquisador e objeto não se diferenciam na construção e no fazer investigativo”*. A pesquisa se produz do espaço entre o saber e o fazer. Sobre o resultado possível desse processo, a pesquisa não pretende produzir certezas ou categorias, mas ser capaz de gerar novas perguntas e reflexões, que bem sucedidas contribuem com o cuidado no mundo.

Nos 3 anos como professora na UFMG, passei a atuar semanalmente como médica no Ambulatório Para Elas, o que aumentou meu interesse sobre o tema da violência. Os dados aqui presentes foram extraídos dos prontuários das mulheres que constroem o Para Elas, são cuidadas e cuidam umas das outras. Prontuários que muitas vezes manuseei junto a outras profissionais de diversas áreas do conhecimento. Acrescenta sentido pesquisar o perfil das mulheres atendidas nesse serviço, a possibilidade de esse trabalho ser ferramenta para o Ambulatório. Essa “mistura” entre pesquisadora e objeto de pesquisa foi o que a tornou possível, ao trazer a ela o sentido prático de existir.

Organizei o trabalho em três partes. Na primeira uma revisão de literatura sobre violências, violência contra a mulher em específico, sua relação com o processo saúde e doença e apresentação do Ambulatório Para Elas. Na segunda parte apresento a justificativa, os objetivos e a metodologia utilizada. Por fim, os resultados e a discussão que tratam das características sociodemográficas, do perfil de violências, dos atendimentos e das queixas apresentadas pelas mulheres no Ambulatório, no período proposto, levando em conta todos os prontuários lidos.

## 2. Introdução e Revisão de literatura

### 2.1 Conceito de Violência

A violência é definida pela OMS como “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”<sup>3</sup>. Dentro dessa definição um dos aspectos mais complexos é o uso do termo “intencional”. Pois pode ser aceitável em determinado contexto um marido bater em sua esposa<sup>4</sup> ou humilhá-la. A violência pode ser, portanto, reproduzida em contexto culturalmente violento, nele naturalizada, ainda que sem a nomeação consciente do ato como violência, por parte de autores e/ou vítimas.

Não se conhece sociedade que seja ou tenha sido isenta de violência que, a depender da época e local, se apresenta em diferentes configurações.<sup>5</sup> A violência pode ser classificada como social, política, econômica, institucional. Há também a violência cultural, que atinge todas as classes, como é o caso da violência de gênero, de raça, contra a pessoa deficiente e por idade. Apesar de tais violências serem vistas como ações “típicas” de um contexto, é possível e necessário enfrentá-las para transformar a sociedade, como nos mostram os movimentos de mulheres, negros, LGBT.

De acordo com Minayo, a violência se manifesta de diferentes maneiras, a saber, estrutural, institucional, criminal, interpessoal, intrafamiliar, autoinfligida.<sup>5</sup> A estrutural, diz respeito às diferentes formas de manutenção da pobreza, da miséria e das desigualdades culturais citadas anteriormente. É considerada a mais cruel por muitos estudiosos, por criar terreno fértil para as demais formas de violência. A violência institucional é aquela “que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas.”

Podemos dizer que a violência contra a mulher é uma das formas de violências mais cruéis, naturalizada e reforçada pelas instituições. De caráter

estrutural e com raízes na cultura machista e patriarcal, sua manifestação mais grave, o feminicídio, ocorre majoritariamente nas relações no âmbito familiar.

## 2.2 Violência contra a mulher

Na "Convenção de Belém do Pará", em 1996 - *Convenção interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher* - a violência contra a mulher foi definida como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada".<sup>7</sup> Esta Convenção tem importância especial, pois tem força de lei na Constituição Federal vigente.<sup>8</sup> Compilar estatísticas sobre as causas, consequências e frequência, avaliar a eficácia das medidas para prevenir, punir, eliminar a violência contra a mulher, formular e aplicar mudanças necessárias são compromissos dos Estados signatários.

De raízes sociais profundas, a violência contra a mulher atinge todas as idades e todas as classes sociais, em todo o mundo, desde os tempos mais remotos.<sup>9</sup> Ocorre em qualquer espaço, sendo perpetrada na maior parte por parceiro íntimo (VPI) e/ou familiares.<sup>10</sup> Estudo de revisão sistemática da OMS, em 81 países, mostrou que 35% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual pelo parceiro ou violência sexual por outro agressor, confirmando o caráter global da violência contra a mulher.<sup>10</sup> Em estudo de revisão sistemática e metanálise, realizado em países de baixa e média renda, foram encontradas prevalências combinadas de VPI ao longo da vida de 55%, sendo 39% de violência física; 45% de violência psicológica e 20% de violência sexual. Para VPI atual, foram encontradas as prevalências de 38%, sendo 25% de violência física, 30% de violência psicológica e 7% de violência sexual.<sup>11</sup>

Estudo realizado em 15 localidades de 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia) encontrou prevalências altas de violência física em todos os lugares estudados, variando de 13% a 61%, respectivamente no Japão e Peru, constituindo, para a maioria das mulheres, condição crônica, repetida ao longo do tempo<sup>11</sup>. Para ilustrar a disseminação da violência contra a mulher, construiu-se o Quadro 1, de prevalências de violência contra a mulher em vários países do mundo<sup>11</sup>, a partir da

revisão da literatura atual. Verifica-se que em todos os países, desenvolvidos ou não, a violência contra a mulher é problema grave e relevante.

**Quadro 1** - Prevalência de violência contra mulher, em vários países do mundo<sup>11</sup>

País	Descrição dos achados	Referência
Alemanha	Mulheres de 21 a 40 anos. Violência sexual ao longo da vida: 5,4%. Abuso físico e sexual na infância, assim como ser divorciada, separada ou viúva aumenta a prevalência de violência sexual nos últimos 5 anos para 17%.	Hellmann; Kinninger; Kliem Int Journal of Environmental Research and Public Health, 2018
Austrália	Mulheres profissionais. Desde os 16 anos, 18,3% sofreram violência física, emocional e sexual combinada; 8,1% abuso emocional e assédio; 25,6% temiam seus parceiros; 12,1% foram estupradas por seu parceiro; 45,2% sofreram violência, na vida, por parceiro e familiar.	Mclindon; Humphreys; Hegarty. BMC Women's Health, 26 June 2018
Canadá	Violência física: 25% e 19,7%; violência emocional: 34,7% e 58,7%; violência sexual: 12,6% e 4,1%; qualquer violência: 41,6% e 61,5% (mulheres migrantes e canadenses).	Janice Du Mont e cols, Annals of Epidemiology, 2012
Suécia	Mulheres atendidas em serviços de planejamento familiar. Violência sexual: 27%, das quais 57% foram expostas à violência em geral antes dos 18 anos.	Öberg, Skalkidou, Heimer. Upsala Journal of Medical Sciences, 2019
Brasil	Estudantes da área de saúde. Violência geral: 45,2%; violência emocional: 78,9% dos casos, violência física: 4,6%; violência sexual: 8,3%. Professores aparecem como principais agressores: 18,4%.	Magrin e cols. European Journal of Dental Education, November 2019

El Salvador	Mulheres de 15 a 64 anos. Sofreram algum tipo de violência: 54,4%; controle psicológico: 41,2%; violência física: 22,5% e violência sexual: 13,3%.	Navarro-Mantas, L. Journal of Interpersonal Violence, 2018
Buenos Aires/ Argentina	Violência contra mulher ao longo da vida: 66,73% (355); atual: 15%. Maioria das mulheres que sofreu violência: solteiras, com instabilidade no emprego e tabagistas.	Braun, Agolino, Ángel, Gelos, Tobacco Induced Diseases, 2018
Turquia	Mulheres acima de 18 anos. Violência doméstica: 41,3%, sendo 89,2% por parceiro íntimo.	Basar and Demirci. Pakistan Journal of Medical Sciences, 2018
Etiópia	Metanálise. Prevalência combinada, na vida e no último ano, de 46,93% e 37,02%, respectivamente. Violência física, sexual e psicológica, no último ano de 38,15%, 39,33% e 39,51% respectivamente. Estupro: 13,02%.	Kassa, Mullu, Amanuel. Trauma, Violence & Abuse, 2018
Índia	Prevalência de violência varia de 0,5 a 9% entre os estados. Mulheres do sul da Índia apresentaram maior risco de abuso durante a gravidez que a de outros estados.	Jungari. Journal of Interpersonal Violence, 2018
China	Mulheres acima de 18 anos. Violência psicológica, física e sexual de 77,7% (2322), 40,2% (1201) e 11% (330), respectivamente; 52,0% (1553) experimentaram dois ou três tipos de violência.	Yuan e Hesketh. The Lancet, 2019
Egito	37% das esposas já tinham sofrido espancamento. Relatos de maridos e esposas mostraram 26% e 47% de concordância sobre ter havido espancamento e sobre nunca ter havido.	Kathryn M. Yount and Li Li. Journal of Family Issues, 2012

Irã	79,7%, 60% e 32,9% já tinham experimentado violência psicológica, física e sexual. 71.9 % relataram temer frequentemente o marido. 69% das violências eram testemunhadas pelas crianças.	Roonama Nouri e cols. J Fam Viol, 2012
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

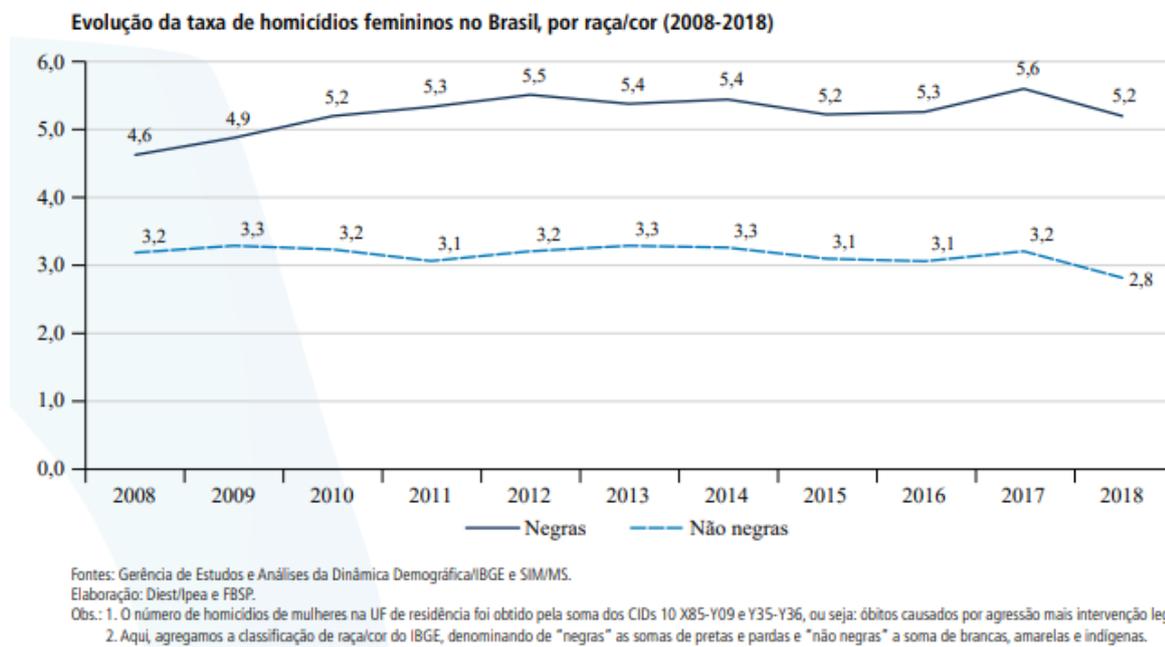
Enquanto os maiores atingidos pela violência interpessoal no espaço público são os homens, as principais vítimas da violência doméstica/intrafamiliar, que ocorre no âmbito das relações familiares, são as mulheres. De acordo com o Atlas da Violência, em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que representa a taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino.<sup>12</sup> Isso significa uma mulher assassinada a cada duas horas. No mesmo ano, em Minas Gerais, a taxa de homicídios de mulheres foi de 3,3 por 100 mil habitantes do sexo feminino.

Apesar das conquistas dos movimentos feministas e de grande visibilidade sobre o tema, podemos observar que a violência contra a mulher, inclusive na sua forma mais grave, o feminicídio, tem aumentado principalmente entre as mulheres negras. O percentual de mulheres que sofrem a violência dentro da residência é 2,7 maior do que o de homens, o que reflete a dimensão da violência de gênero e, em particular, do feminicídio.<sup>12</sup>

No Brasil, a cada 6h23, uma mulher é morta dentro de casa.<sup>12</sup> A literatura descreve que a maior parte dos homicídios que ocorrem nas residências são de autoria de pessoas conhecidas ou íntimas das vítimas. Reconhece também que o feminicídio é resultado final de um continuum de violências que se estabelecem e se agravam nas relações. Entre 2013 e 2018, ao mesmo tempo em que a taxa de homicídios de mulheres fora de casa diminuiu 11,5%, as mortes dentro de casa aumentaram 8,3%, o que é um indicativo do crescimento de feminicídios.<sup>12</sup>

Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Analisando-se o período entre 2008 e 2018, o Brasil teve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres. Nesse mesmo período, enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%. Enquanto entre as mulheres não negras a taxa de mortalidade por

homicídios em 2018 foi de 2,8 por 100 mil, entre as mulheres negras a taxa foi de 5,2 por 100 mil.



**Figura 1** – Evolução da taxa de homicídios femininos no Brasil por raça/cor (2008-2018). Extraída de Atlas da Violência, 2020<sup>12</sup>

Uma das maiores manifestações da violência contra a mulher é, portanto, a que ocorre nos espaços domésticos, majoritariamente por parceiros que agredem suas companheiras. Nessa expressão, a violência de gênero sai de sua condição de invisibilidade cultural em direção à materialização interpessoal. Na forma de agressões presentes nos cotidianos das mulheres dentro da própria família. Essas agressões quando ainda exclusivamente psicológicas mantêm-se naturalizadas, mas não menos capazes de causar prejuízos à saúde das mulheres.

O Art. 7º da Lei Maria da Penha (2006)<sup>13</sup> classifica a violência doméstica e familiar contra a mulher em cinco tipos:

**Art. 7º** São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

*I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;*

*II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018)*

*III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;*

*IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;*

*V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.*

Os dados mostram que os principais agressores mudam de acordo com a idade. Para crianças e adolescentes são os pais; entre jovens e adultas, é o parceiro íntimo; entre idosas, são os filhos<sup>11</sup>. Um fator que aumenta consistentemente o risco de uma pessoa viver em situação de violência doméstica é ter sido testemunha de violência doméstica na infância. Álcool e pobreza podem favorecer a violência doméstica, mas não são considerados “causas diretas”.<sup>8</sup>

Estudo que analisou amostras representativas da cidade de São Paulo - SP (940 mulheres) e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco - ZMP (1.188 mulheres) mostrou que 46,4% das mulheres em SP e 54,2% na ZMP referiram ao menos uma forma de violência por parceiro íntimo.<sup>17</sup> Em SP 41,8% e em Pernambuco 48,8% das mulheres relataram algum tipo de violência psicológica ao

longo da vida. Relataram ao menos um episódio de violência física 27,2% das mulheres em SP e 33,7% na ZMP. Em relação à violência sexual esses números foram de 10,1% das mulheres em SP e 14,3% das mulheres em Pernambuco. Nesse estudo, tapas e empurrões foram as formas mais comuns de violência física e a maioria sofreu essa violência mais de uma vez. Episódios considerados de maior gravidade foram a maioria (socos; uso de objetos na agressão; uso ou ameaça de usar armas). Quando ocorreu violência física grave, a ocorrência simultânea de episódios de violência sexual atingiu 39,7% dos casos em SP e 43,9% na ZMP.

A violência sexual quase sempre estava conjugada com as outras formas de violência. Mais de 70% das mulheres que referiram esse tipo de violência relataram que seus parceiros fizeram uso da força física para manter relações sexuais. Aproximadamente 70% dessas mulheres em SP e na ZMP, informaram que mantiveram relações sexuais por medo do que o parceiro pudesse fazer. A maioria referiu recorrência desse tipo de crime.

Apesar da violência psicológica ser a mais prevalente, estar descrita na Lei Maria da Penha e geralmente acompanhar as demais violências, ela é muitas vezes silenciosa, socialmente tolerada e cotidianamente presente em grande parte dos relacionamentos. É papel dos movimentos de mulheres apontá-la e denunciá-la, assim como é papel dos profissionais de saúde abordá-la e desnaturalizá-la, através do seu (re)conhecimento e da abordagem centrada na pessoa. É importante que esse tipo de violência seja considerado nos serviços de saúde, pois é geralmente o primeiro passo de dominação e controle da mulher, que não raro culmina em agressão física e/ou sexual, em um continuum que pode chegar ao feminicídio.

A violência não é um problema puramente de saúde, e sim social, mas além de mortes traz adoecimento para as pessoas e sociedade. Sua incorporação como um problema de saúde foi formalizada em 1996 na 49ª Assembleia da OMS e publicada no Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência, de 2002. No Brasil, a abordagem da violência como problema de saúde foi institucionalizada em 2001, por meio da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.<sup>6</sup> Fazer da mulher a vítima no espaço conjugal tem sido um dos principais alvos da atuação do movimento feminista e das políticas do Ministério da Saúde que, nas últimas décadas, vem buscando desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão.<sup>5</sup>

### 2.3 Violência contra a mulher, Saúde e Doença

A violência fere os direitos humanos e altera o processo saúde-doença, gerando adoecimento e sofrimento para a pessoa, família e comunidade. Como consequência da violência ocorre a negligência com o autocuidado, assim como com o cuidado de crianças, idosos, dependentes, que geralmente estão sob responsabilidade das mulheres. Portanto, a repercussão da violência para a saúde da mulher, objeto desse estudo, não se limita à mulher agredida.

Para a saúde das mulheres a violência traz sérias consequências, além de mortes e consequências físicas, gera repercussões em sua saúde mental e reprodutiva. De acordo com a OMS<sup>15</sup> mulheres que sofreram violência sexual e/ou física têm 15% a mais de chance de serem mães de um bebê de baixo peso ao nascimento; chance duas vezes maior de sofrerem aborto; chance 1,5 vezes maior de adquirirem HIV; chance 2,3 vezes maior de fazer uso abusivo de álcool; chance 2,6 vezes maior de sofrer de depressão e ansiedade, em comparação com mulheres que não sofreram violência. Transtornos mentais em mulheres com violência são prevalentes e aumentam conforme severidade da violência. Os efeitos negativos permanecem após o fim dos episódios violentos.<sup>24</sup> Coorte prospectiva de 2017 avaliou a saúde mental de 390 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas no Programa Saúde da Família da cidade do Recife. Como resultado, a violência psicológica, ainda quando não associada à violência física ou sexual e após ajuste por outras variáveis, foi associada aos transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão.<sup>20</sup>

Mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo (VPI) têm mais problemas de saúde e mais sintomas físicos e psicológicos do que mulheres que nunca sofreram. Entre os sintomas mais comuns estão dor crônica e depressão, sendo a última a consequência mais prevalente da VPI. Estudo transversal de 2011, das mulheres que foram expostas a ameaças, violências psicológica, física e sexual, 72% apresentaram sintomas depressivos, 42% dor crônica, 59% transtorno de estresse pós traumático (TEPT). Foram queixas frequentes a dor abdominal, no trato geniturinário, pélvica e genital, coito doloroso, cefaleia, dor nas costas e no pescoço. Os sintomas físicos relatados pelas mulheres vítimas de violência do parceiro não causam tantos efeitos negativos na saúde, quanto os psicológicos.

Mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo têm estado de saúde pior e são mais sintomáticas do que aquelas que não sofrem. Os maiores níveis de sintomas depressivos estão relacionados a maiores índices de danos físicos, deficiência funcional e maior uso dos serviços de saúde.<sup>22</sup>

Numerosos estudos concluíram que mulheres que sofreram VPI possuem uma condição geral de saúde pior, menor qualidade de vida, são mais sintomáticas e fazem maior uso dos serviços de saúde do que mulheres que nunca a sofreram e que esses efeitos permanecem para além do tempo da exposição da VPI. Estudo transversal, de 2010, que avaliou mulheres que viveram relacionamentos abusivos por uma média de 5,4 anos, mostrou que os problemas no sono persistem mesmo quando a mulher é fisicamente retirada da situação abusiva.<sup>23</sup> A severidade dos maus-tratos na infância e VPI foram importantes preditores de baixa qualidade do sono. Experiências traumáticas e abusivas da infância também foram encontradas em mulheres com síndromes de dor crônica com alta intensidade, e com pior resposta ao tratamento farmacológico. A forma e a severidade com a qual VPI é experimentada, assim como as formas de se lidar com a violência, pode levar a diferentes desordens físicas e psicológicas. Adicionalmente, a VPI não pode ser isolada de contexto com diferentes condições de vida e experiência dessas mulheres, que muitas vezes são acompanhadas por outros eventos traumáticos que podem levar ao desenvolvimento de sintomas depressivos e outras desordens psicológicas, mentais e físicas.<sup>22</sup> Estudo transversal multinacional da OMS, de 2011, concluiu que as experiências de violências física, sexual e emocional cometidas pelo parceiro estão associadas a tentativas de suicídio<sup>21</sup>.

No Brasil estudo transversal realizado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), mostrou que as taxas médias anuais de mortalidade por DCNT foram maiores em mulheres com notificações de violências ao longo da vida em comparação com mulheres para as quais não houve notificação. Os resultados demonstraram maior risco de mulheres com notificação prévia de violência morrerem por essas doenças, em comparação com a população feminina geral<sup>14</sup>. Verificou-se que em todas as faixas etárias, as razões mais elevadas encontram-se no grupo de “desordens mentais e uso de substâncias,” especialmente naquelas com idade até 59 anos. A tabela 1 mostra os resultados do estudo, com razão de

mortalidade por DCNT (IC 95%) nas mulheres com notificação de violências e na população de mulheres sem notificação, segundo faixa etária, entre 2011 e 2016.

**Tabela 1** – Razão de mortalidade por DCNT em mulheres com notificação de violências e sem notificação, entre 2011 e 2016. Extraído de: BRASIL, 2019<sup>14</sup>

Causa do óbito	Crianças (0 a 14 anos)	Adolescentes e Jovens (15 a 29 anos)	Adultas (30 a 59 anos)	Idosas I (60 a 79 anos)	Idosas II (80 anos ou mais)
Óbito por causas não transmissíveis	4,28 (3,74-4,91)	4,67 (3,93-5,54)	3,58 (3,38-3,78)	4,81 (4,71-4,9)	3,22 (3,18-3,25)
Neoplasias	6,56 (4,56-9,51)	2,74 (2,04-3,78)	2,02 (1,83-2,21)	2,88 (2,77-2,99)	2,26 (2,2-2,32)
Doenças cardiovasculares	8,01 (4,1-18,69)	5,71 (3,81-9,17)	3,31 (2,95-3,7)	4,17 (4,01-4,32)	2,56 (2,51-2,61)
Doenças crônico respiratórias	9,54 (3,41-27,82)	7,93 (2,93-32,05)	4,30 (3,2-5,77)	6,22 (5,79-6,68)	2,82 (2,72-2,91)
Cirrose e outras doenças crônicas do fígado	10,99 (3,22-52,82)	11,92 (5,1-32,87)	11,92 (9,14-15,56)	6,16 (5,42-7,04)	3,95 (3,56-4,37)
Doenças digestivas	11,31 (4,88-27,2)	3,84 (1,8-8,34)	5,49 (4,15-7,34)	3,77 (3,41-4,17)	3,07 (2,93-3,21)
Desordens neurológicas	7,45 (3,15-18,31)	5,60 (2,56-13,52)	6,38 (4,15-10,53)	11,87 (10,62-13,26)	4,75 (4,61-4,89)
Desordens mentais e uso de substâncias	26,12 (2,84-749,9)	32,53 (9,33-294,69)	30,19 (17,38-54,43)	14,80 (8,82-27,01)	12,96 (3,25-113,01)
Diabetes e doenças urogenitais, do sangue e endócrinas	9,78 (6,06-16,55)	4,21 (2,77-6,43)	4,01 (3,45-4,67)	6,71 (6,41-7,02)	3,77 (3,69-3,85)
Desordens musculoesqueléticas	10,01 (2,15-79,98)	2,76 (1,27-5,84)	1,38 (0,76-2,7)	5,00 (3,7-6,87)	4,14 (3,53-4,89)
Outras doenças não transmissíveis	2,28 (1,91-2,74)	5,37 (2,56-13,52)	3,16 (1,81-5,84)	12,16 (10,06-14,83)	9,13 (8,5-9,8)

Fonte: Sinan/MS e SIM/MS.

Outro estudo que analisou dados do SIM e Sinan, demonstrou aumento de mortes das mulheres por causas externas em todas as faixas etárias, quando há notificação de violência previa<sup>18</sup>. As maiores razões de taxas de mortalidade ocorreram para os óbitos por “violências autoprovocadas e interpessoais”, seguidas por “lesões não intencionais” e “acidentes de transporte”.

Apesar de tantas consequências, diversos fatores podem levar a dificuldades da mulher em romper o relacionamento, como dificuldade em comunicar para amigos, familiares e autoridades (segredo e silêncio como estratégia de sobrevivência), a dependência financeira, a falta de apoio social piorada com julgamentos diversos, a dependência emocional e criação dos filhos, os papéis sociais relacionados ao gênero.<sup>24</sup>

Os serviços e os profissionais de saúde frequentemente se deparam com a violência contra a mulher e suas consequências, porém enfrentam grandes dificuldades e despreparo para atuar frente a elas, tendo em vista nosso modelo de saúde historicamente centrado no médico, com ensino tradicionalmente biomédico. As mulheres que lidam com as consequências da violência, em uma vida muitas vezes repleta de múltiplas violências, terminam por ter sua situação de saúde cronicamente deteriorada, agravada pela medicalização desse problema. Acabam por não aderirem a tais serviços, burocratizados e biologizantes, que comumente não abordam de forma integral seus problemas.

Muitas vezes as mulheres apresentam aos profissionais de saúde queixas não reconhecidas como violência, mas como “ignorância” ou “estupidez” por parte do parceiro e/ou familiares. Após romper barreiras do silêncio e trazê-las, geralmente não recebem crédito nem acolhimento diante da situação, pela qual se sentem envergonhadas, humilhadas e até culpadas. Outros motivos para não trazer o tema à tona nos serviços de saúde são: o temor por sua segurança e dos filhos, más experiências prévias ao contar, sentimento de falta de controle sobre a própria vida, esperança de que o agressor mude, crença de que suas lesões e problemas não são importantes, dependência econômica ou afetiva, temor em perder os filhos, presença dos agressores como acompanhantes nos serviços de saúde.<sup>8</sup> Além da identificação e nomeação do problema como violência, espera-se dos profissionais de saúde apoio aos direitos de todas as pessoas e postura explicitamente contrária a qualquer forma de violência.

Para o enfrentamento da violência contra as mulheres é necessário investir no acolhimento e atenção pelos serviços de saúde, com articulação intersetorial dentro da rede de cuidado. De acordo com a OMS<sup>15</sup> os serviços de saúde têm papel fundamental na condução de mulheres que sofreram violência física ou sexual, e precisam de: Maior integração do cuidado de mulheres vítimas de violência no treinamento clínico; Compreender a relação entre a violência e a saúde das mulheres; Identificar oportunidades de fornecer suporte e conectar mulheres a outros serviços que possam precisar; Serviços de cuidado pós-estupro devem ser disponibilizados e tornados acessíveis em uma escala muito maior do que a que é atualmente provida; Compreender que a violência contra a mulher não se trata de problema pequeno que ocorre em apenas alguns bolsões da sociedade, mas sim um problema de saúde pública de proporções epidêmicas que requer ação urgente.

Diante desse cenário desafiador, foi criado em 2016, na Faculdade de Medicina da UFMG, o Ambulatório Para Elas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade. Nele todas as mulheres e profissionais participam de roda de conversa, enquanto outros membros da equipe multiprofissional realizam consultas individuais e familiares. Grande parte das mulheres que frequentam o Ambulatório sofrem com a violência estrutural e vivem em contextos de alta vulnerabilidade.

#### 2.4 O Ambulatório Para Elas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade

Há ainda muitos desafios a serem enfrentados no que se refere à abordagem da mulher em situação de violência, que explicam por que esta questão é hoje foco de atenção nas agendas nacionais e internacionais e impõem a contínua busca de soluções inovadoras com capacidade de produzir respostas mais eficazes.

A criação do *Ambulatório/Rede Para Elas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade* se situa no cerne dessas incongruências: a existência de direitos reconhecidos e recursos legais e organizativos disponíveis, em contraste com a realidade vivida por mulheres, ainda marcada pelas múltiplas formas de violência, cujo significado não pode ser outro, senão o baixo nível de efetividade das iniciativas institucionalizadas.

O fato de estar localizado dentro de um Programa da Universidade, com abertura para receber estudantes da graduação e pós graduação, faz com que o Ambulatório Para Elas tenha potencial no cumprimento dos itens II e IX do Art. 8º da Lei Maria da Penha (2006)<sup>13</sup>, nos quais está prevista a promoção de estudos e pesquisas sobre o tema, assim como sua presença nos currículos escolares em todos os níveis de ensino:

**Art. 8º** *A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais, tendo por diretrizes:*

*II - a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, concernentes às causas, às conseqüências e à freqüência da violência doméstica e familiar contra a mulher, para a sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas;*

*IX - o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à eqüidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher.*

O ambulatório atua na direção de superar o que foi apontado anteriormente como falhas nos serviços de cuidado às mulheres em situação de violência. Busca, portanto, fazer a escuta das mulheres, individual nos atendimentos e coletiva nas rodas de conversa, com garantia de sigilo, de não julgamento e acolhimento incondicional, de forma que ao falar as mulheres experimentem alívio, e não mais um trauma.

No Ambulatório Para Elas, todas e todos os sujeitos são importantes e suas exposições consideradas. Ao passarem pelo acolhimento, chamado que acontece sempre que uma mulher comparece ao Ambulatório pela primeira vez ou quando assim solicite, há a primeira tentativa de identificação, reconhecimento e nomeação do problema como violência. Os grupos e a roda podem ser importantes ferramentas para nomear, partilhar e reconhecer-se, desnaturalizando sofrimento.<sup>24</sup> Em todos os momentos há o compromisso com os direitos de todas as pessoas e com a postura explicitamente contrária a qualquer forma de violência.

A importante valorização da relação entre a mulher e os profissionais, com a devida horizontalidade, garante na percepção da equipe a continuidade e a participação longitudinal das mulheres como integrantes fundamentais do Projeto Para Elas. Essa participação vai além do Ambulatório, chega aos territórios por meio das oficinas e das rodas de conversa e em projetos de geração de renda, como o “Projeto Doe sua Bijou”. Mulheres que estão desde o início envolvidas nessa construção, recebem com orgulho o reconhecimento de serem as “Embaixadoras do Para Elas”.

A presença no Ambulatório de diversas categorias profissionais, não só da saúde, mas também da educação, do direito, da assistência social e dos movimentos sociais, auxilia na busca pela intersectorialidade no cuidado. A

localização do Ambulatório na Universidade, dentro do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da FM/UFMG, a presença ativa das próprias mulheres, de mestrandos e diversos voluntários de diferentes categorias profissionais, propicia o cuidado integral, estudo e compreensão do fenômeno da violência e o treinamento da equipe. Também facilita a identificação de oportunidades de suporte e conexão das mulheres a outros serviços da rede.

A estratégia central dessa proposta é a construção de redes em que se articulam os mais diferentes cuidados, em que se integram diferentes setores e em que atuam diferentes atores - gestores, profissionais, mulheres, cidadãos em geral - por meio de oficinas interativas e acordos horizontais, fundados no diálogo, explorando, ao máximo, as energias vinculantes da fala, não só para reproduzir/renovar saberes, mas também para construir sujeitos que se criam/recriam no encontro com o outro e na atuação cooperativa; sujeitos individuais que constroem saberes e práticas coletivas e se constroem em sujeitos coletivos com muito maior alcance, mais potentes para construir a prática e também transformá-la em direito.

Se tais premissas são desejáveis, são também necessárias, como mostra a literatura. O trabalho em rede, a intersetorialidade, a participação da comunidade, a integração dos cuidados, das práticas, dos saberes e dos atores, compondo abordagem ampla em vários níveis de atuação - individual, comunitário, institucional, cultural, social e político - são exaustivamente descritos na literatura como essenciais para a abordagem da violência contra a mulher.

Nenhuma outra atuação pode resultar em impacto duradouro, senão aquela que se assenta, desde o início, sobre o protagonismo dos participantes. No exato momento em que mulheres vulneráveis conquistam a voz e inserção em grupos, elas começam a mudar a sua vida. Por isso, todas as ações previstas - ocorram na rede existente ou nos espaços criados pelo projeto e, ainda, utilizem ou não graus variados de especialização-, deverão estar intimamente vinculadas às práticas interativas com as mulheres, nas suas inúmeras formas de organização. O mesmo deve ser dito para todos os profissionais.

Essa abordagem se torna mais necessária quando se sabe que a violência contra as mulheres está fortemente vinculada aos valores, normas e papéis socialmente atribuídos ao homem e à mulher, a dominação para eles, a submissão para elas. Logo, toda e qualquer abordagem da violência contra a mulher passa

pela discussão e transformação das relações de gênero, especialmente sobre a desigualdade de poder socialmente reproduzida e que ainda hoje as constitui.

O primeiro pilar do Ambulatório/Rede Para Elas é promover a articulação, em rede, horizontal e participativa, de serviços, universidade, movimentos sociais, mulheres e homens, que contemple a utilização e disponibilização de conhecimentos teóricos, práticos e técnicos de várias tradições e áreas, convencionais e alternativos, individuais e coletivos, colocando-os a serviço e em parceria com a mulher. Essa estratégia é realizada de modo a combinar estruturas e práticas já existentes com novas estruturas e práticas.

O Ambulatório Para Elas funciona no Serviço de Ginecologia do quarto andar do Instituto Jenny Andrade Faria/HC-UFMG, todas as sextas-feiras, de 8 às 12 horas. A mulher, ao entrar no Ambulatório, recebe cuidados individuais e coletivos integrados, segundo sua necessidade e preferência, de modo que nessas interações sejam construídos vínculos entre elas e delas com a equipe, onde todos tenham espaço para refletir, analisar criticamente e vislumbrar soluções para o seu problema e para a sua vida; que elas encontrem motivos e estímulos para continuar e aderir a tais práticas, inclusive no espaço onde vivem e, enfim, que substituam o cuidado fragmentado por outro integral, participativo e de qualidade, por elas próprias construído.

O cuidado no Ambulatório envolve acolhimento, ginecologia, clínica médica, medicina de família e comunidade, homeopatia, pediatria, psiquiatria, psicologia, assistência social, assistência jurídica, fisioterapia, nutrição, enfermagem, reike, constelação familiar, *mindfulness*, grupos de fibromialgia. A cada sexta feira, o Ambulatório recebe mulheres encaminhadas pela Rede SUS-BH, para a quase totalidade das vagas previstas, com pequena abertura para grupos específicos ou para demanda aberta. Sendo assim, a demanda é regulada pela Secretaria Municipal de Saúde e segue procedimentos já normatizados, acrescidos, porém, de um passo, representado pela intermediação de profissionais que pertencem à Rede Municipal e são, ao mesmo tempo, integrantes do Projeto Para Elas. Com essa dupla filiação, esses profissionais conseguem acompanhar adequadamente a trajetória das mulheres em todo o ciclo, isto é, saída do território, chegada ao Ambulatório e seu retorno à Rede e à Comunidade.

O segundo pilar, ativado pelo retorno ao território e representado pelas oficinas aí realizadas e por toda a agenda de atividades que elas definirem de modo

participativo, ocorrerá sempre na comunidade de origem das mulheres, nos espaços disponíveis da Rede Pública. Além de se agregarem para a solução compartilhada dos seus problemas, as mulheres terão papel de multiplicadoras e protagonizarão o processo de mobilização de outros atores da sua comunidade.

O objetivo desse estudo é descrever o perfil clínico epidemiológico das mulheres que frequentam o Ambulatório Para Elas, identificar as queixas mais prevalentes, compreender os fenômenos de violência que se fazem presentes na vida dessas mulheres e sua relação com as queixas em saúde, além de analisar brevemente a qualidade das informações acerca desse problema nos registros dos profissionais envolvidos.

### **3. Justificativa**

Este trabalho se justifica pelo contexto de crescente violência que atinge as mulheres através dos tempos, da resposta que essa violência gera no corpo e na alma das mulheres, da necessidade de conhecer os aspectos relevantes da violência contra a mulher em nossa região e de ser ferramenta que propicie maior conhecimento e propostas para o Ambulatório/Rede Para Elas.

### **4. Objetivos**

#### 4.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil clínico e epidemiológico de saúde e violência das mulheres atendidas no Ambulatório Para Elas, localizado no 4º andar do Instituto Jenny de Andrade Faria HC/UFMG, no período compreendido entre 2016 e 2019.

#### 4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil da violência apresentado;
- Identificar os problemas e as queixas presentes nas mulheres atendidas no ambulatório e compará-los à literatura;
- Analisar a associação entre tipos de violência e tipos de queixas;
- Descrever os tipos atendimentos do ambulatório, os profissionais que realizaram a abordagem e demandas geradas, como de exames e encaminhamentos para especialidades médicas externas.

## 5. Metodologia

### 5.1 Tipo de estudo e cenário

Trata-se de estudo transversal, quantitativo, realizado a partir da análise de dados dos registros das mulheres atendidas no Ambulatório Para Elas - Jenny Faria desde o início do serviço, em setembro de 2016, até dezembro de 2019, e que tiveram seu primeiro acolhimento até junho de 2019.

O cuidado ofertado no Ambulatório é interdisciplinar e interprofissional e todos os registros de atendimento individual foram incorporados ao estudo. O atendimento em grupo de *mindfulness* foi incluído quando seus registros constaram nos prontuários. Outros cuidados coletivos que acontecem no Ambulatório, mas não registrados em prontuário não foram analisados, a saber, grupo de teatro, aula de inglês, grupo de fibromialgia.

### 5.2 Questionário

A extração dos dados foi realizada por meio de questionário especificamente elaborado para esse fim, composto por 5 sessões: identificação; dados a respeito da violência; queixas/problemas/avaliação/diagnósticos; frequência/adesão e planos/conduas. O questionário assim construído em estrutura de blocos contou com as variáveis relevantes para o estudo de natureza clínico epidemiológica, cuja escolha se orientou pela literatura disponível e pela experiência.

O questionário foi elaborado por esta mestrande, que é também profissional de medicina de família e comunidade e atende no serviço, e por quatro acadêmicos de medicina que fizeram estágio sob sua supervisão. Foi testado por meio da extração de dados de 30 registros, a fim de que as alterações necessárias fossem identificadas e até que o preenchimento dos dados do questionário de um mesmo prontuário estivesse sendo feito de forma homogênea por todos os responsáveis.

A análise dos prontuários e a consequente extração dos dados foram feitas nas dependências do Instituto Jenny de Andrade Faria, em sala apropriada, pela pesquisadora e seus estagiários. O questionário foi alimentado no *google forms*, que garantiu o armazenamento das informações coletadas, em planilhas do Excel, e posteriormente transportadas para o SPSS.

### 5.3 Variáveis

Foram analisadas nessa pesquisa as seguintes variáveis: sociodemográficas (idade, cor, escolaridade, ocupação, estado civil, endereço), violência (sim/não) e tipos (psicológica/moral, física, sexual, patrimonial, estrutural/institucional, racismo autoinfligida), problemas (queixas, sinais, sintomas ou diagnósticos) e seus agrupamentos (número de sistemas acometidos, número absoluto de problemas, problemas indiferenciados/diferenciados, problemas crônicos/agudos), adesão das mulheres (número de atendimentos), abordagem profissional (categoria responsável pelo atendimento, pelo registro de violência, solicitação de exames diagnósticos e encaminhamentos a especialidades médicas externas ao ambulatório). A variável adesão é limitada, por não considerar frequência e participação nas rodas de conversa do Ambulatório e/ou em outras atividades coletivas.

As violências institucional e estrutural foram analisadas em conjunto, considerando-se que fazem parte de um rol de violências relacionadas à falta de acesso a direitos humanos. Algumas pacientes e suas famílias são acompanhadas pelo CRAS, por vezes foram encaminhadas por esse serviço ao Ambulatório, porém na ausência de outros elementos descritos no prontuário, esses casos não foram incluídos automaticamente como violência estrutural/institucional nessa pesquisa.

As violências moral e psicológica também foram analisadas em conjunto, devido diferenciação incerta através dos registros. Apareceram no prontuário registros de traições, filhos fora do casamento, segredos por parte dos homens e optamos por não encaixar esses fatos como violência psicológica ou estrutural nesse estudo.

*Os problemas encontrados foram agrupados de acordo com quatro aspectos:*

1- *Por sistemas*: saúde mental e comportamento, geniturinários, inespecíficos, musculoesqueléticos, respiratórios, circulatórios, gastrointestinais, neurológicos, metabólico-nutricionais, dermatológicos, olho, ouvido e sociais. Consideramos como variável “queixas em múltiplos sistemas” quando três ou mais sistemas estavam envolvidos;

2- *Número absoluto de problemas*: até 3 ou maior ou igual a 4, independentemente de quantos sistemas estavam envolvidos;

3- *Problemas indiferenciados*: as meninas e mulheres foram incluídas nesse grupo quando todas as queixas apresentadas estavam nessa classificação, independentemente do número de queixas ou quando 5 ou mais queixas estavam nessa classificação (ainda que a mulher apresentasse também queixas diferenciadas/diagnósticos);

4- *Problemas crônicos*: as meninas e mulheres foram incluídas nesse grupo quando todas as queixas apresentadas estavam nessa classificação, independentemente do número de queixas ou quando 3 ou mais queixas estavam nessa classificação (ainda que a mulher apresentasse também queixas agudas).

Cada um dos problemas, o sistema do qual fazem parte e suas classificações em “indiferenciados X diagnósticos” e “crônicos X agudos” estão nos anexos I, II e III deste trabalho.

#### 5.4 Abordagem profissional

Foi contabilizado o número de atendimentos por cada categoria profissional ao longo de cada semestre, além da identificação de qual(is) categoria(s) profissional(is) registrou (registraram) a(s) violênci(a)s nos prontuários. Foi identificado também o número de exames laboratoriais, exames de imagem e de alto custo solicitados por atendimento individual, assim como número de encaminhamentos às especialidades médicas externas ao ambulatório por atendimento.

Os exames eletrocardiograma e teste ergométrico foram incluídos nessa pesquisa dentro da categoria “exames de imagem”. Os exames de histeroscopia e

urodinâmica foram considerados “exames de alto custo”. Encaminhamentos e contrarreferências para o centro de saúde de referência da mulher não foram contabilizados como “encaminhamentos às especialidades médicas externas ao Ambulatório”.

### 5.5 Critérios de Inclusão

Entraram no estudo os registros de todas as meninas e mulheres, de todas as faixas etárias, que foram atendidas no período indicado e que tiveram pelo menos uma consulta individual prestada por qualquer uma das categorias profissionais, além do acolhimento. Foi também critério de inclusão o consentimento do profissional para que seu registro fosse analisado. Foi critério de exclusão a incompletude do prontuário, prontuários que tiveram menos de 30% das variáveis estudadas foram descartados.

### 5.6 Análises

Foi realizada análise estatística descritiva com distribuição de frequência das variáveis estudadas, utilizando mapas e tabelas que melhor as expressaram. Foram realizadas também análises bivariadas. Para as análises bivariadas e cálculo do *Odds Ratio* foi usado o SPSS versão 2.0. Os mapas foram feitos a partir do *software* estatístico R. Foi realizada também análise de correspondência que corresponde à análise multivariada.

Esse projeto foi aprovado pelo comitê de ética da UFMG sob o número CAAE: 19748819.3.0000.5149.

## 6. Resultados

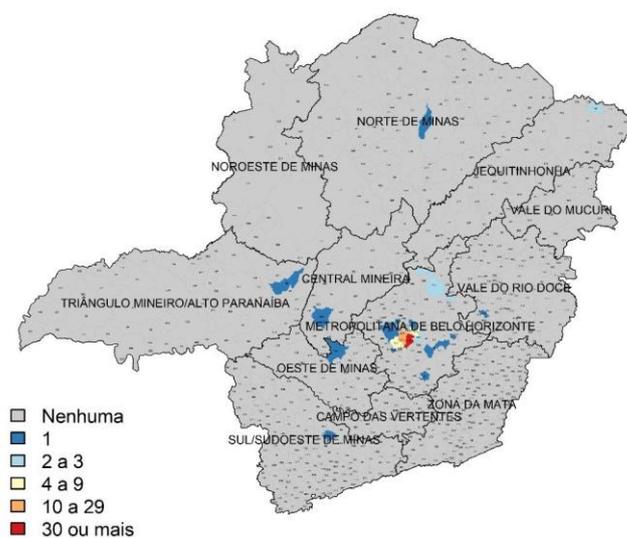
Os resultados serão apresentados na seguinte ordem: 1- Distribuição geográfica das meninas e mulheres e características sociodemográficas; 2- Atendimento no Ambulatório Para Elas; 3- Queixas; 4- Violências; 5- Relação das queixas com as violências (bivariadas e análise de correspondência).

Chamou a atenção a quantidade expressiva de registros com letras ilegíveis, muitas vezes sem a identificação do(a) profissional e/ou data do atendimento. Além disso, foi expressivo o número de dados sociodemográficos não preenchidos, cerca de 30% (com exceção da idade).

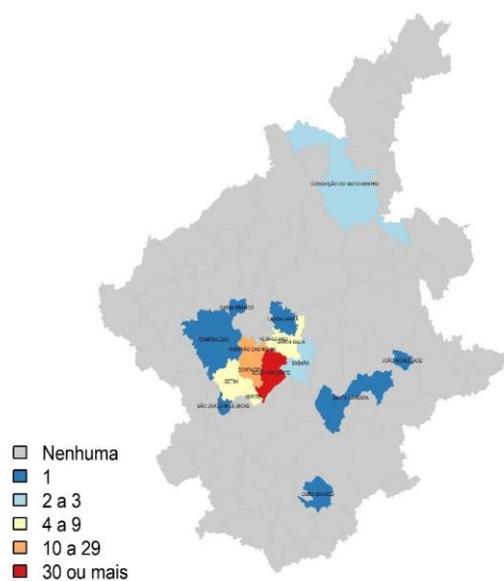
### 6.1 Distribuição geográfica e características das meninas e mulheres

Foi possível identificar o endereço de 425 das 583 meninas e mulheres, portanto essa informação foi ausente para 27,1% da nossa população. Nota-se que apesar de se concentrarem em Belo Horizonte, existem mulheres atendidas no Ambulatório que residem em 8 regiões de Minas Gerais (Figura 2). Apenas uma vive fora de MG, em Itararé - SP. A maior parte, 413, reside na região Metropolitana de BH (Figura 3). Dessas, 406 residem na Grande BH, sendo 85 as que vivem em cidades vizinhas ao município (Figura 4) e a maioria, 321, reside em Belo Horizonte.

A maioria das mulheres atendidas residem em Belo Horizonte (Figura 5) e estão distribuídas em todas as regionais da cidade, com focos de concentração de mulheres que vivem próximas umas das outras (em vermelho) em oito das nove regionais de BH. A exceção se deu na regional Oeste, regional com menor número de mulheres atendidas.

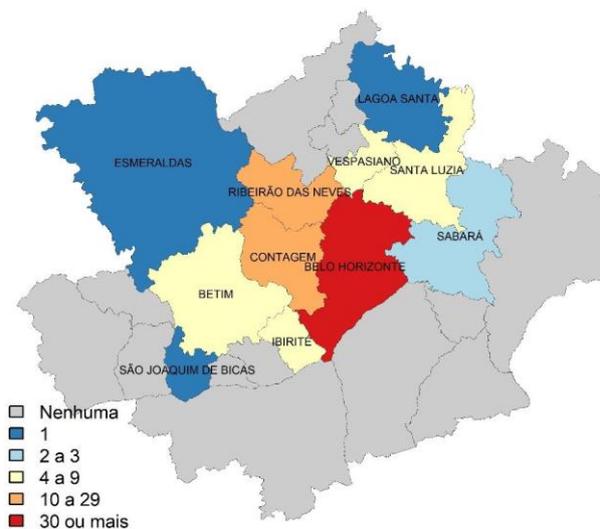


**Figura 2** - Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, Minas Gerais.



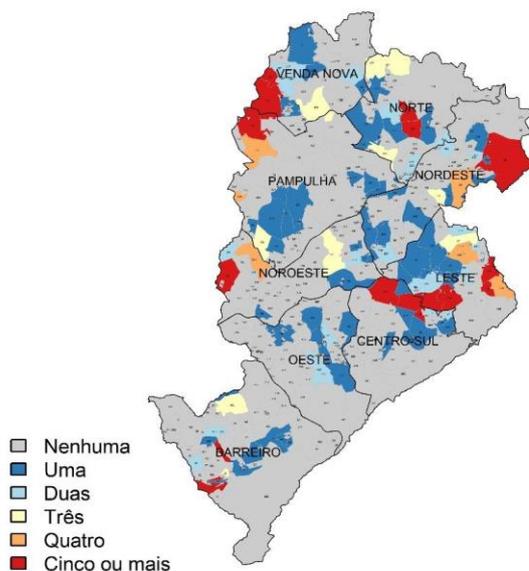
**Figura 3** - Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, Região Metropolitana de BH.

Grande BH	
Município	N
Belo Horizonte	321
Ribeirão das Neves	29
Contagem	21
Santa Luzia	11
Ibirité	9
Betim	6
Vespasiano	4
Sabará	2
Esmeraldas	1
Lagoa Santa	1
São Joaquim de Bicas	1



**Figura 4** – Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, Grande BH.

Belo Horizonte	
Regional	N
Leste	69
Norte	62
Centro-Sul	41
Nordeste	37
Pampulha	35
Barreiro	30
Noroeste	22
Venda Nova	16
Oeste	9



**Figura 5** – Distribuição geográfica das mulheres segundo local de residência, BH.

## 6.2 Características sociodemográficas

As características sociodemográficas das mulheres atendidas no Ambulatório Para Elas podem ser vistas na Tabela 2. A idade média das mulheres atendidas é 45,9 anos (mediana 47; desvio padrão 17,6); 37,4% têm entre 40 e 59 anos; 24,7% têm 60 anos ou mais e a mesma quantidade está na faixa de 20 e 39 anos. Crianças e adolescentes representam menos de 10%. As características de cor, religião, estado civil e ocupação apresentaram expressiva quantidade de respostas em branco nas fichas de acolhimento, 27% (raça/cor) até 35% (religião), tais dados também não constavam nos prontuários.

Ainda assim foi possível determinar que 47,4% das meninas e mulheres são negras; 56,2% são católicas ou evangélicas; 28,3% são casadas e 26% solteiras; 12,7% são do lar e 17% empregadas domésticas ou trabalham em serviços gerais. Aproximadamente um quarto das mulheres nunca estudaram ou não completaram o ensino fundamental, 22% têm ensino médio completo e apenas 8% têm ensino superior completo.

A orientação sexual das mulheres não é identificada na ficha de acolhimento. A maioria delas (434 = 74,4%) têm ou já tiveram parceiros e/ou filhos. Porém essa informação não é suficiente para afirmar que todas são heterossexuais. Foi possível identificar pelos prontuários três mulheres homossexuais e três bissexuais. Uma das mulheres presentes nesse estudo é transsexual.

**Tabela 2** – Perfil sociodemográfico das mulheres atendidas.

<b>Dados sociodemográficos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
Até 9	12	2,1
10 a 19	43	7,4
20 a 29	49	8,4
30 a 39	95	16,3
40 a 49	114	19,6
50 a 59	104	17,8
60 ou mais	144	24,7
Não informado	22	3,8
<b>Raça/cor</b>		
Parda	177	30,4
Preta	99	17

Branca	136	23,3
Amarela	11	1,9
Indígena	5	0,9
Não informado	155	26,6
<b>Escolaridade</b>		
Não estudou	19	3,3
EF incompleto	121	20,8
EF completo	60	10,3
EM incompleto	30	5,1
EM completo	127	21,8
Superior completo	46	7,9
Não informado	180	30,9
<b>Ocupação</b>		
Estudante/estagiária	25	4,3
Ocupação com nível superior	13	2,2
Empregada doméstica/serviços gerais	99	17
Do lar	74	12,7
Aposentada	47	8,1
Desempregada	28	4,8
Outras	113	19,4
Não informado	184	31,6
<b>Estado civil</b>		
Solteira	151	25,9
Casada/Relação estável	165	28,3
Divorciada	58	9,9
Viúva	46	7,9
Não informado	163	28
<b>Religião</b>		
Católica	171	29,3
Evangélica	157	26,9
Espírita	17	2,9
Umbanda/Candomblé	4	0,7
Testemunha de Jeová	4	0,7
Mormon	3	0,5
Outra	24	4,1
Não informado	203	34,8

### 6.3 Atendimentos no Ambulatório

#### Número de atendimentos e categorias profissionais

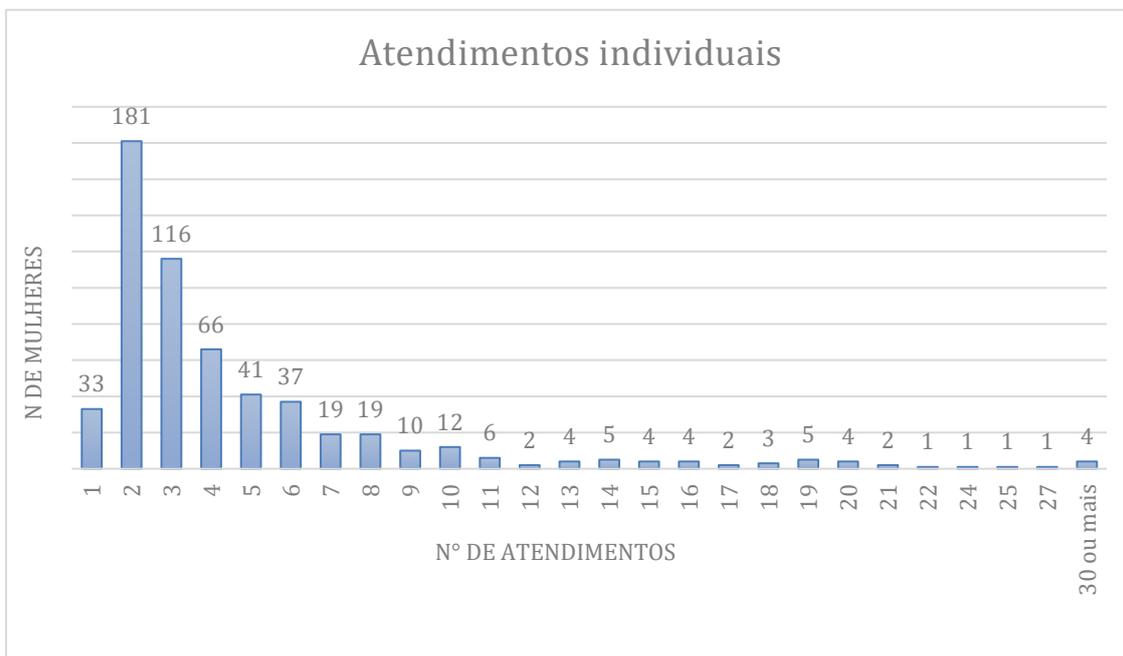
Foram quase 3000 atendimentos individuais realizados no ambulatório e analisados nesse estudo. Na tabela 3 podemos observar a quantidade de atendimentos por categoria profissional e por semestre/ano.

**Tabela 3** – Número de atendimentos da equipe multiprofissional por semestre.

	N° de consultas por semestre							N° total de atendimentos
	16.2	17.1	17.2	18.1	18.2	19.1	19.2	
Acolhimento	2	116	150	179	101	81	8	635
Psicologia	1	86	139	148	76	48	35	533
Ginecologia e residentes	3	70	97	92	50	38	24	374
Homeopatia e residentes	0	36	94	83	48	23	10	294
Medicina de Família e comunidade e residentes	0	12	61	69	38	23	21	224
Reiki	2	24	72	54	19	15	0	186
Psiquiatria	0	27	45	3	22	42	23	162
Profissional não identificado e outros	2	18	38	31	12	6	2	109
Pediatria	0	0	5	29	24	6	9	73
<i>Mindfulness</i>	0	6	30	4	10	8	8	66
Fisioterapia	0	3	21	21	16	0	0	61
Acadêmico(a) de medicina	1	10	8	9	19	9	2	58
Clínica Médica	2	2	3	14	7	9	12	49
Assistência social	0	19	13	12	4	1	0	49
Esteticista	0	0	0	1	1	9	2	13
Constelação familiar	0	0	5	0	2	4	0	11
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>429</b>	<b>781</b>	<b>749</b>	<b>449</b>	<b>322</b>	<b>156</b>	<b>2897</b>

A número médio de atendimentos por mulher foi 4,78 (mediana 3,0). Mais da metade das meninas e mulheres (56,6%) compareceram em até 3 atendimentos, 18,4% compareceram em 4 ou 5 atendimentos e 25% das mulheres compareceram

em 6 ou mais atendimentos. Compareceram em mais de 10 atendimentos individuais 61 mulheres (10,5%).



**Figura 6** – Número de mulheres por número de atendimentos.

Mais de 90% das mulheres passaram pelo acolhimento. Dentre as categorias profissionais pelas quais as mulheres foram atendidas posteriormente, destacam-se a psicologia (que atendeu 41,3% das mulheres), ginecologia (34,1%) e homeopatia (31,6%), conforme mostra a Tabela 4.

**Tabela 4** – Porcentagem de meninas e mulheres atendidas por categoria profissional.

Categorias profissionais	N de mulheres atendidas	%
Acolhimento	535	91,77
Psicologia	241	41,34
Ginecologia e residentes	199	34,13
Homeopatia e residentes	184	31,56
Reiki	116	19,9
Medicina de Família e Comunidade e residentes	98	16,81
Psiquiatria	79	13,55

Fisioterapia	44	7,55
Acadêmicos de medicina	39	6,69
Clínica Médica	38	6,52
Assistência social	38	6,52
Outros (enfermagem, nutrição, jurídico, grupo de fibromialgia)	25	4,29
Pediatria	18	3,09
Mindfulness	17	2,92
Esteticista	11	1,89
Constelação Familiar	10	1,72
Profissional não identificado (sem ass ou carimbo)	64	10,98

Em relação ao número de atendimentos de cada categoria profissional para uma mesma pessoa, a pediatria se destaca, tendo atendido em média 4 vezes a mesma paciente. Podemos ver o número médio de atendimentos por mulher, de cada categoria profissional, na Tabela 5.

**Tabela 5** – Número médio de atendimentos por mulher em cada categoria profissional.

	Nº total de consultas	N de mulheres atendidas	Média de atendimentos/mulher
Pediatria	73	18	4,1
Mindfulness	66	17	3,9
Medicina de Família e Comunidade e residentes	224	98	2,3
Psicologia	533	241	2,2
Psiquiatria	162	79	2,1
Ginecologia e residentes	374	199	1,9
Homeopatia e residentes	294	184	1,6
Reiki	186	116	1,6
Acadêmico(a) de medicina	58	39	1,5
Fisioterapia	61	44	1,4
Clínica Médica	49	38	1,3
Assistência social	49	38	1,3
Acolhimento	635	535	1,2
Profissional não identificado e outros	109	89	1,2
Esteticista	13	11	1,2
Constelação familiar	11	10	1,1

Apesar do número relativamente pequeno de atendimentos individuais pelos quais cada mulher passou, 544 mulheres (93,3%) foram atendidas por pelo menos duas categorias profissionais e 327 (56,1%) por pelo menos três categorias. 20,8% das mulheres foram atendidas por 4 ou 5 categorias profissionais. 7,9% das mulheres foram atendidas por 6 ou mais categorias (máximo 9). Apenas 39 mulheres (6,7%) foram atendidas por apenas uma categoria profissional.

### Registros de violência nos prontuários

Houve algum registro de violência nos prontuários de 474 das 583 meninas e mulheres (81,3%). Na maioria das vezes a identificação e o registro de pelo menos um tipo de violência foi realizado no momento do acolhimento. Nesse atendimento é preenchida ficha específica, na qual constam perguntas relativas a cada tipo de violência. Houve alguma descrição da violência em 334 prontuários, ou seja, em 70% das vezes em que alguma violência foi identificada (Anexo IV).

Na Tabela 6 podemos observar a porcentagem de atendimentos de cada profissional em que houve menção, registro e/ou descrição da violência no prontuário. Apenas as quatro primeiras registraram e/ou descreveram qualquer tipo de violência em mais de 50% dos registros.

**Tabela 6** – Porcentagem de atendimentos de cada profissional que geraram registros de violência.

<b>Profissional</b>	<b>N de prontuários com registro de violência</b>	<b>N de meninas/mulheres que atendeu</b>	<b>% das consultas que geraram registro de violência</b>
Pediatria	17	18	94,44
Acolhimento	461	535	86,17
Psiquiatria	46	79	58,23
Assistente social	22	38	57,89
Psicologia	114	241	47,3
Homeopatia e residentes	81	184	44,02
Medicina de Família e Comunidade e	33	98	33,67

residentes			
Profissional não identificado	21	64	32,81
Esteticista	3	11	27,27
Acadêmico(a)	10	39	25,64
Ginecologia e residentes	25	199	12,56
Constelação Familiar	1	10	10
Fisioterapia	3	44	6,82
Mindfulness	1	17	5,88
Clínica Médica	2	38	5,26
Reiki	4	116	3,45

#### Solicitação de exames complementares e encaminhamentos externos

Para 479 mulheres (82,2%) os atendimentos não geraram nenhum encaminhamento para especialidades médicas externas ao Ambulatório Para Elas. Para 390 mulheres (66,9%) nenhum dos atendimentos gerou pedido de exame laboratorial e para 130 (22,3%) foi solicitado exame(s) laboratorial(is) em apenas um dos atendimentos. Exames de imagem (e/ou eletrocardiograma e/ou teste ergométrico) foram solicitados em algum momento para 156 mulheres (26,8%), uma única vez para 118 dessas. Exames de alto custo (tomografia, ressonância, urodinâmica, histeroscopia, colonoscopia) foram solicitados para 26 mulheres (4,5%).

#### 6.4 Tipos de violência e agressores

##### Violências

Registos de violência foram encontrados nos prontuários de 474 mulheres (81,3%). A violência mais comum foi do tipo psicológica/moral (65,2%), seguida pela violência física (43,4%). Registos de violências sexual e autoinfligida também foram

bastante prevalentes, 25,0% e 24,1% do total de meninas e mulheres, respectivamente. Apenas 26 dos 474 casos de violência foram identificados como agudos (episódio único) e em 34 não foi possível identificar se a violência era aguda ou crônica. As demais, 414 meninas e mulheres, sofrem violências de forma crônica.

As prevalências de cada tipo de violência podem ser vistas na Tabela 7 e as descrições detalhadas de algumas violências podem ser lidas no Anexo IV.

**Tabela 7** – Distribuição de frequência de meninas mulheres vítimas de violência, conforme o tipo de agressão sofrida.

<b>Violências</b>			
<b>Sofreu Violência</b>	<b>N</b>	<b>% (N = 583)</b>	
Sim	474	81,3	
Não	109	18,7	
<b>Tipos de violência</b>			<b>% (violências n= 474)</b>
Psicológica/moral	380	65,18	80,17
Física	253	43,4	53,38
Institucional/Estrutural	210	34,65	42,62
Sexual	146	25,04	30,8
Autoinfligida	141	24,19	29,75
Racismo	77	13,21	16,24
Patrimonial	17	2,92	3,59
Tipo não especificado	13	2,23	2,74
Negligência	9	1,54	1,9
Bullying	6	1,03	1,27
Violência urbana	6	1,03	1,27
Discriminação (HIV/AIDS, Obesidade, Prostituição, Etarismo)	4	0,69	0,84
Violência obstétrica	3	0,51	0,63
Trabalho infantil	2	0,34	0,42
LGBTfobia	1	0,17	0,21

As violências apareceram de forma isolada, sem associação com outros tipos, em: 46 casos de violência psicológica/moral; 32 casos de violência institucional/estrutural; 7 casos de violência física; 7 casos de violência autoinfligida; 6 casos de violência sexual; 3 casos de racismo; 2 casos de negligência; 2 casos de

violência urbana; 1 caso de bullying; nenhum caso de violência patrimonial, trabalho infantil e discriminações diversas foi identificado de forma isolada.

As violências ocorreram associadas em sua maioria e essas associações estão demonstradas, em ordem decrescente de prevalência, na Tabela 8. A associação mais frequente foi a das violências psicológica/moral e física, sendo a primeira altamente associada a todos os demais tipos de violência. Chama atenção a alta prevalência de violências associadas ao racismo e à violência autoinfligida. Das 77 vítimas de racismo, 72 sofreram violência psicológica, 50 física, 31 sexual e 30 autoinfligida. Das 141 vítimas de violência autoinfligida, 122 sofreram violência psicológica, 86 física, 59 estrutural/institucional e 57 sexual.

**Tabela 8** - Distribuição de frequência de meninas mulheres vítimas de violências combinadas.

<b>Associações de violências</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Psicológica/moral e física	234	40,14
Psicológica/moral e estrutural/institucional	161	27,62
Psicológica/moral e sexual	124	21,27
Psicológica/moral e autoinfligida	122	20,93
Física e estrutural/institucional	109	18,7
Física e sexual	106	18,18
Física, sexual e psicológica/moral	97	16,64
Física e autoinfligida	86	14,75
Psicológica/moral e racismo	72	12,35
Sexual e estrutural/institucional	67	11,49
Autoinfligida e estrutural/institucional	59	10,12
Sexual e autoinfligida	57	9,78
Física, sexual, psicológica/moral e estrutural/institucional	51	8,75
Física e racismo	50	8,58
Física, sexual, psicológica/moral e autoinfligida	39	6,69
Sexual e racismo	31	5,32
Autoinfligida e racismo	30	5,15
Física, sexual, psicológica/moral e racismo	25	4,29
Física, sexual, psicológica/moral e patrimonial	7	1,2

### Agressores

O principal agressor foi parceiro ou ex-parceiro do sexo masculino, sendo 218 mulheres agredidas por eles (37,4%). Depois vieram as próprias mulheres como agressoras de si mesmas (tentativa/ideação de auto extermínio e/ou automutilação), seguidas pelas Instituições/Estado e em seguida o pai, que ocupou a quarta posição.

**Tabela 9 – Número de mulheres vítimas por cada agressor(a).**

<b>Agressores</b>	<b>N</b>	<b>Agressores (continuação)</b>	<b>N</b>
Parceiro / Ex-parceiro	218	Chefe (gênero não identificado)	5
Autoagressão	141	Conhecida	5
Instituições/Estado	97	Sobrinho	4
Pai	79	Genro	4
Conhecido	77	Neto	4
Mãe	52	Madrasta	4
Irmão	32	Profissional de saúde	4
Filho	28	Padrasto / madrasta	3
Desconhecido	27	Avô	3
Não identificado	22	Polícia	3
Irmão(ã)	21	Avó	2
Vizinho	20	Neta	2
Padrasto	16	Clientes	2
Parceiro(a)	16	Nora	2
Filho(a)	12	Professor(a)	2
Colega de escola	11	Vizinha	2
Tio	11	Professora	1
Filha	10	Assaltante	1
Colega de trabalho	9	Desconhecida	1
Familiares	9	Enteada	1
Cunhado	7	Líder religioso	1
Irmã	7	Nora ou genro	1
Tia	7	Parceira íntima	1
Sogra	6	Político	1
Primo	6	Sogro	1
Chefe (homem)	6	Traficante	1
Chefe (mulher)	5		

Na tabela 10 podemos visualizar a comparação entre familiares agressores do sexo masculino e do sexo feminino. Nota-se que do total de 514 agressões por

familiares 420 (81,71%) foram cometidas por homens, enquanto 94 (18,29%) por mulheres. A categoria na qual os gêneros mais se aproximam enquanto agressores é a “pai/mãe”. Apenas na categoria “sogro/sogra” o sexo feminino aparece como maior responsável pelas agressões.

**Tabela 10** - Número de mulheres vítimas por agressor, conforme sexo.

<b>Agressores familiares</b>			
<b>Masculino</b>	<b>N</b>	<b>Feminino</b>	<b>N</b>
Parceiro/ex-parceiro	218	Parceira íntima	1
Pai	79	Mãe	52
Irmão	32	Irmã	7
Filho	28	Filha /enteada	11
Padrasto	16	Madrasta	4
Tio	11	Tia	7
Cunhado	7	Cunhada	0
Primo	6	Prima	0
Sobrinho	4	Sobrinha	0
Genro	4	Nora	2
Neto	4	Neta	2
Avô	3	Avó	2
Sogro	1	Sogra	6
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>Total</b>	<b>94</b>

Outra comparação interessante é a que se observa entre familiares próximos com família extensa. Em um total de 576 agressões identificadas e cometidas por familiares, 507 (88,02%) têm como responsáveis familiares próximos, isto é, da família nuclear, enquanto 69 (11,98%) são agressores membros da família extensa.

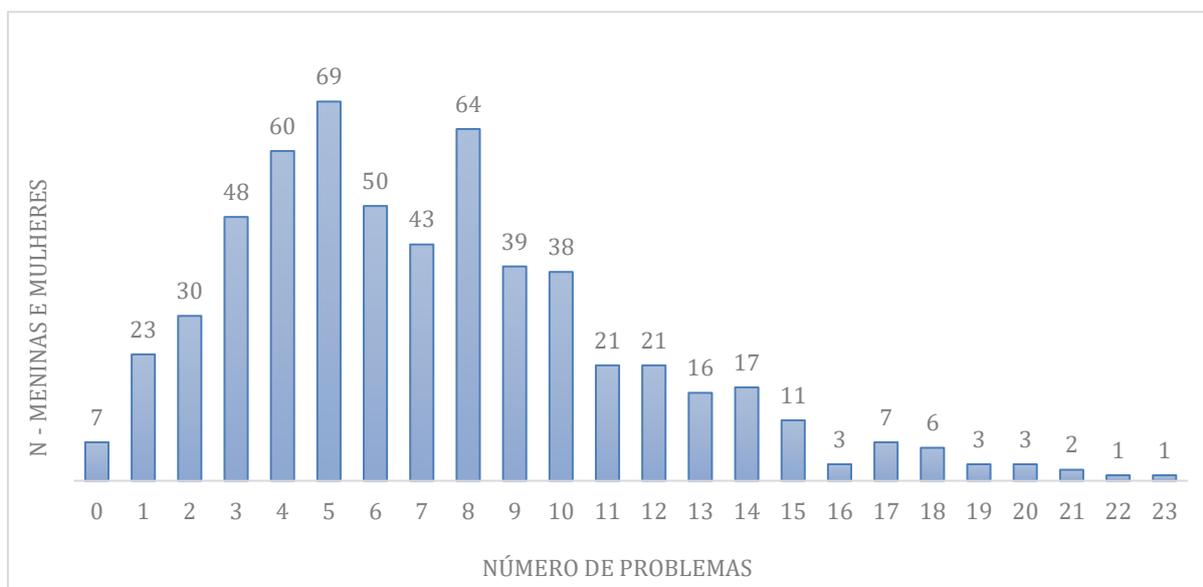
**Tabela 11** - Número de mulheres vítimas por agressor, conforme parentesco.

<b>Família nuclear</b>	<b>N</b>	<b>Família extensa</b>	<b>N</b>
Parceiro / Ex-parceiro	218	Tio	11
Pai	79	Cunhado	7
Mãe	52	Familiares	9
Irmão	32	Tia	7
Filho	28	Sogra	6
Irmão(ã)	21	Primo	6
Padrasto	16	Sobrinho	4
Parceiro(a)	16	Genro	4
Filho(a)	12	Neto	4

Filha	10	Avô	3
Irmã	7	Avó	2
Madrasta	4	Neta	2
Padrasto ou madrasta	3	Nora	2
Enteada	1	Nora ou genro	1
Parceira íntima	1	Sogro	1
<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>Total</b>	<b>69</b>

### 6.5 Queixas, sintomas e problemas de saúde

Além das violências descritas acima, cada uma das meninas e mulheres apresentaram em média outros 7 problemas nos atendimentos individuais (média 7,25; mediana 7,0; desvio padrão 4,25). Aproximadamente um quarto delas apresentaram até 4 problemas, enquanto as demais (74%) apresentaram 5 ou mais problemas. Do total de meninas e mulheres 41, 3% apresentaram de 5 a 8 queixas e 32,4% apresentaram 9 queixas ou mais.



**Figura 7** – Número de mulheres por número de problemas de saúde apresentados.

Foram identificados no total mais de 200 tipos de problemas (Anexo I). Queixas compatíveis com depressão e ansiedade estiveram presentes em 81% das mulheres, distúrbios do sono em 59,3%, sentimento de vergonha, culpa, baixa autoestima em 49,2% e síndrome de dor crônica em 47,3%.

**Tabela 12** – Distribuição de frequências de problemas de saúde.

<b>Problemas mais frequentes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Depressão/ansiedade/tristeza/angústia	472	81
Distúrbios do sono	346	59,3
Sentimento de vergonha, culpa, baixa autoestima	287	49,2
Síndrome de dor crônica	276	47,3
Uso de medicamentos psicotrópicos	204	35
Hipertensão	179	30,7
Ideação suicida ou tentativas prévias	138	23,7
Queixas respiratórias	129	22,1
Queixas geniturinárias	128	22
Tabagismo	98	16,8
Queixas gastrointestinais	94	16,1
Cefaleia	88	15,1
Aborto	77	13,2
Diabetes mellitus	66	11,3

Os problemas foram agrupados em sistemas (Anexo II) e os mais prevalentes foram aqueles do sistema “Saúde mental e comportamento” (90,6%), em segundo os do grupo “Inespecíficos” (56,1%) e em terceiro “Geniturinário” (45,97%).

**Tabela 13** – Distribuição de frequências de problemas de saúde por sistemas.

<b>Sistemas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Saúde Mental e comportamento	528	90,57
Inespecífico	327	56,09
Geniturinário	268	45,97
Circulatório	224	38,42
Endócrino-metabólico-nutricional	173	29,67
Musculoesquelético	141	24,19
Respiratório	132	22,64
Gastrointestinal	126	21,61

Neurológico	116	19,9
Social	50	16,45*
Dermatológico	55	9,43
Olho	28	4,8
Ouvido	15	2,57

\*Queixas sociais foram contabilizadas apenas após o prontuário 280 (n=304)

Para as análises seguintes os problemas foram classificados em “Crônicos ou agudos” e em “Indiferenciados ou diagnósticos” (Anexo III). Não foi possível nesse estudo classificar os problemas como “Graves e não graves”.

### 6.6 Correlações entre grupos de problemas e violências

#### Problemas em 3 ou mais sistemas

Entre as meninas e mulheres que sofreram qualquer tipo de violência, a chance de apresentar queixas em 3 ou mais sistemas é 2,39 vezes maior do que naquelas que não relataram nenhuma violência.

Quando analisadas por tipos, a violência que apresentou a maior associação com problemas em 3 ou mais sistemas foi a violência estrutural/institucional (OR=1,83), seguida pela violência por parceiro íntimo (OR=1,36). As mulheres que sofreram violências sexual, patrimonial ou autoinfligida apresentaram associação de chance negativa de apresentarem queixas em mais de 3 sistemas.

**Tabela 14** – Odds ratios das mulheres com registro de violência segundo problemas em 3 ou mais sistemas.

		Problemas em 3 ou mais sistemas		OR
		sim	Não	
<b>Violência</b>	<b>sim</b>	355	116	<b>2,39</b>
	<b>não</b>	58	45	
<b>Entre as meninas e mulheres que sofreram violência</b>				
<b>Violência Psicológica/Moral</b>	<b>sim</b>	290	90	<b>1,29</b>
	<b>não</b>	65	26	
<b>Violência Física</b>	<b>sim</b>	191	60	<b>1,09</b>
	<b>não</b>	164	56	

<b>Violência Sexual</b>	<b>sim</b>	104	40	<b>0,79</b>
	<b>não</b>	251	76	
<b>Violência Patrimonial</b>	<b>sim</b>	12	5	<b>0,78</b>
	<b>não</b>	343	111	
<b>Violência por Parceiro Íntimo</b>	<b>sim</b>	171	47	<b>1,36</b>
	<b>não</b>	184	69	
<b>Violência Estrutural/Institucional</b>	<b>sim</b>	171	39	<b>1,83</b>
	<b>não</b>	184	77	
<b>Racismo</b>	<b>sim</b>	61	16	<b>1,3</b>
	<b>não</b>	294	100	
<b>Violência Autoinfligida</b>	<b>sim</b>	103	37	<b>0,87</b>
	<b>não</b>	252	79	

### Número de problemas

Meninas e mulheres que sofreram qualquer tipo de violência tiveram maior chance de apresentarem 4 ou mais queixas (OR=5,43).

Quando analisadas por tipos, todas as violências, com exceção da patrimonial, apareceram associadas à maior chance de a mulher apresentar mais de 4 problemas. A que mostrou maior associação foi a violência autoinfligida (OR=9,5), seguida pela psicológica/moral (OR=3,89). As mulheres que sofrem violência patrimonial são as únicas que aparecem com menor chance de apresentarem número de queixas maior que 4 (OR=0,66).

**Tabela 15** - Odds ratios das mulheres com registro de violência segundo o número problemas, queixas e/ou diagnósticos.

		<b>Número de problemas</b>		<b>OR</b>
		<b>4 ou mais</b>	<b>Até 3</b>	
<b>Violência</b>	<b>sim</b>	414	60	<b>5,43</b>
	<b>não</b>	61	48	
<b>Entre as meninas e mulheres que sofreram violência</b>				
<b>Violência Psicológica/Moral</b>	<b>sim</b>	346	34	<b>3,89</b>
	<b>não</b>	68	26	
<b>Violência Física</b>	<b>sim</b>	227	25	<b>1,7</b>
	<b>não</b>	187	35	
<b>Violência Sexual</b>	<b>sim</b>	134	12	<b>1,92</b>
	<b>não</b>	280	48	
<b>Violência Patrimonial</b>	<b>sim</b>	14	3	<b>0,66</b>

	não	400	57	
<b>Violência por Parceiro Íntimo</b>	sim	200	18	<b>2,18</b>
	não	214	42	
<b>Violência Estrutural/Institucional</b>	sim	187	23	<b>1,32</b>
	não	227	37	
<b>Racismo</b>	sim	72	5	<b>2,32</b>
	não	342	55	
<b>Violência Autoinfligida</b>	sim	138	3	<b>9,5</b>
	não	276	57	

### Problemas indiferenciados

Meninas e mulheres que sofreram qualquer tipo de violência tiveram maior chance de apresentarem prevalência de problemas indiferenciados (OR=1,61).

Quando analisados por tipos, todas as violências, com exceção da sexual, apareceram associadas à maior chance de a mulher apresentar queixas indiferenciadas. A que mostrou maior associação foi a violência patrimonial (OR=3,04), seguida pela violência por parceiro íntimo (OR=2,07). As mulheres que sofreram violência sexual são as únicas que aparecem com menor chance de apresentarem queixas indiferenciadas (OR=0,76).

**Tabela 16** - Odds ratios das mulheres com registro de violência segundo queixas e/ou problemas indiferenciados.

		Problemas indiferenciados		OR
		sim	não	
<b>Violência</b>	<b>Sim</b>	213	261	<b>1,61</b>
	<b>Não</b>	37	72	
<b>Entre as meninas e mulheres que sofreram violência</b>				
<b>Violência Psicológica/Moral</b>	<b>Sim</b>	174	206	<b>1,18</b>
	<b>Não</b>	39	55	
<b>Violência Física</b>	<b>Sim</b>	119	133	<b>1,22</b>
	<b>Não</b>	94	128	
<b>Violência Sexual</b>	<b>Sim</b>	59	87	<b>0,76</b>
	<b>Não</b>	154	174	
<b>Violência Patrimonial</b>	<b>Sim</b>	12	5	<b>3,04</b>
	<b>Não</b>	201	256	

<b>Violência por Parceiro Íntimo</b>	<b>Sim</b>	119	99	<b>2,07</b>
	<b>Não</b>	94	162	
<b>Violência Estrutural/Institucional</b>	<b>Sim</b>	38	39	<b>1,23</b>
	<b>Não</b>	175	222	
<b>Racismo</b>	<b>Sim</b>	109	101	<b>1,66</b>
	<b>Não</b>	104	160	
<b>Violência Autoinfligida</b>	<b>Sim</b>	71	70	<b>1,36</b>
	<b>Não</b>	142	191	

### Problemas crônicos

Meninas e mulheres que sofreram qualquer tipo de violência tiveram maior chance de apresentarem prevalência de queixas crônicas (OR=1,41).

Quando analisadas por tipos, todas as violências, sem exceção, apareceram associadas à maior chance de a mulher apresentar queixas crônicas. A que mostrou maior associação foi a violência patrimonial (OR=1,77), seguida pela violência por parceiro íntimo (OR=1,60).

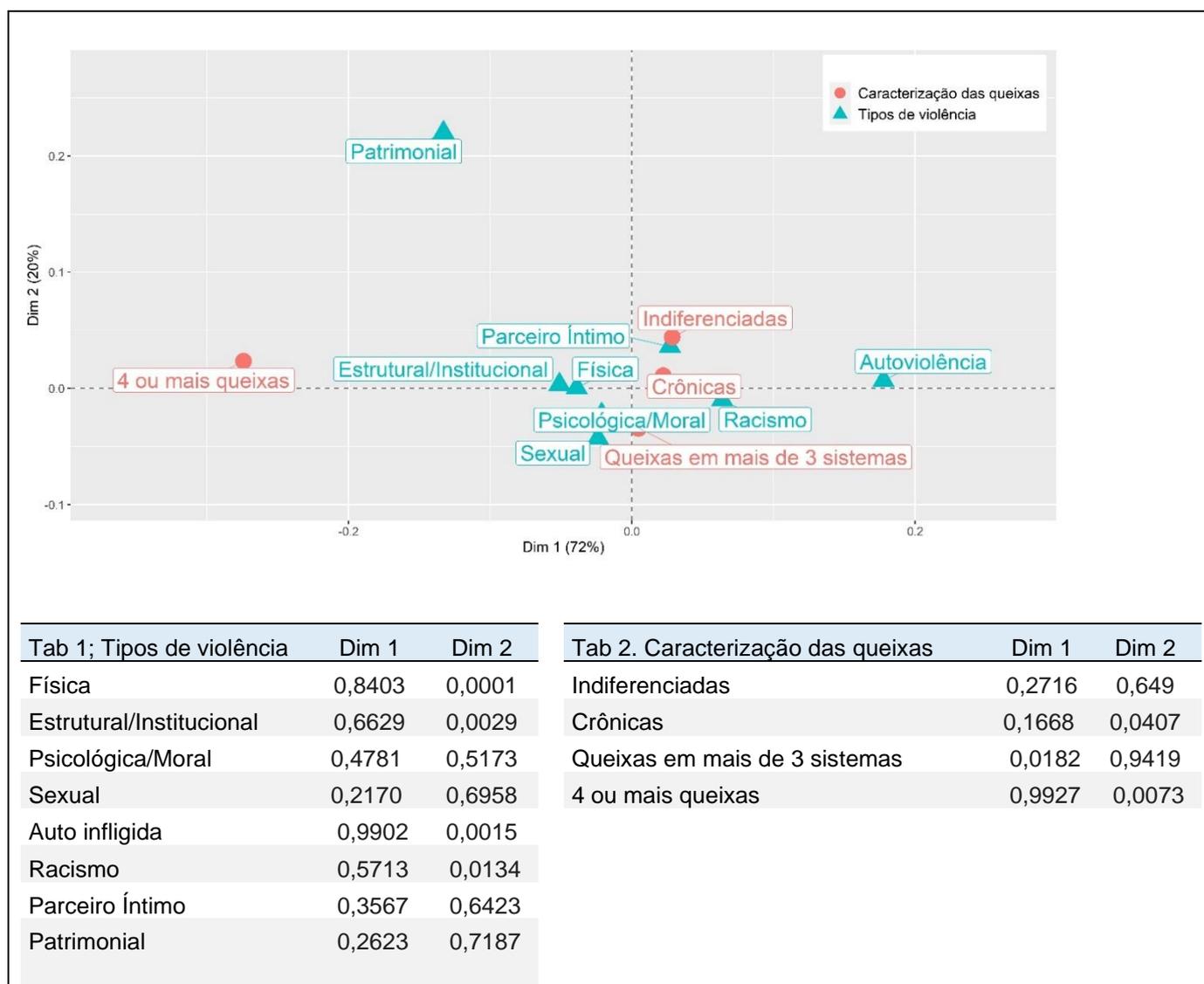
**Tabela 17** - Odds ratios das mulheres com registro de violência segundo queixas, problemas e/ou diagnósticos crônicos.

		<b>Problemas crônicos</b>		<b>OR</b>
		<b>sim</b>	<b>Não</b>	
<b>Violência</b>	<b>Sim</b>	113	361	<b>1,41</b>
	<b>Não</b>	20	89	
<b>Entre as meninas e mulheres que sofreram violência</b>				
<b>Violência Psicológica/Moral</b>	<b>Sim</b>	96	284	<b>1,55</b>
	<b>Não</b>	17	77	
<b>Violência Física</b>	<b>Sim</b>	68	184	<b>1,48</b>
	<b>Não</b>	45	177	
<b>Violência Sexual</b>	<b>Sim</b>	35	111	<b>1,03</b>
	<b>Não</b>	78	250	
<b>Violência Patrimonial</b>	<b>Sim</b>	6	11	<b>1,77</b>
	<b>Não</b>	107	350	
<b>Violência por Parceiro Íntimo</b>	<b>Sim</b>	62	156	<b>1,6</b>
	<b>Não</b>	51	205	

<b>Violência Estrutural/Institucional</b>	<b>Sim</b>	53	157	<b>1,17</b>
	<b>Não</b>	60	204	
<b>Racismo</b>	<b>Sim</b>	24	53	<b>1,55</b>
	<b>Não</b>	89	308	
<b>Violência Autoinfligida</b>	<b>Sim</b>	36	105	<b>1,13</b>
	<b>Não</b>	77	256	

### 6.7 Análise de correspondência

A figura 8 mostra a análise de correspondência e as duas tabelas 1 e 2 que orientam sua leitura, segundo a maior inércia esteja na dimensão 1 ou na dimensão 2.



**Figura 8** – Mapa de correspondência e tabelas orientadoras.

De um modo geral, as violências mostram associação importante com as queixas indiferenciadas, crônicas e em mais de 3 sistemas. As violências física e estrutural se associam com as queixas indiferenciadas, crônicas e em mais de um sistema, sendo esta associação mais forte com a última. Racismo se associa com

as mesmas variáveis, porém, a associação se mostra mais forte com as indiferenciadas e crônicas. Violência psicológica e violência sexual se associam mais com queixas em mais de 3 sistemas. Violência por parceiro íntimo se associa fortemente com queixas indiferenciadas, mas se associa também com as queixas crônicas. As violências patrimonial e autoinflingida se associam menos com os tipos de queixas, comparativamente às demais violências.

## 7. Discussão

### 7.1 Distribuição geográfica e dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos e os mapas evidenciam que o Ambulatório está presente na vida de mulheres em toda cidade de Belo Horizonte, nas periferias da cidade e em grande parte da região metropolitana, especialmente na Grande BH, com destaque para os municípios de Ribeirão das Neves e Contagem.

A existência de áreas de concentração de mulheres, que vivem próximas umas das outras, evidenciam a possibilidade de construir ações junto às mulheres naqueles territórios. Fortalecendo a presença da discussão do tema “violência contra a mulher” e formas de ações e superação nas comunidades, conforme é um dos objetivos do Projeto Par Elas. Os dados mostram que os territórios contíguos com maior potencial para tal são os da regional Leste-Centro-Sul, Pampulha-Venda Nova e Nordeste. Mostram ainda que precisamos ampliar as ações nos demais territórios, em especial na regional Oeste, onde a presença de mulheres atendidas é ainda esparsa.

Nesse estudo apenas 23,3% mulheres se autodeclararam brancas. Esse dado mostra que o Ambulatório, além de atender em sua maioria mulheres que residem nas periferias de BH, na maior parte das vezes acolhe e atende mulheres negras, portanto, as mais vulnerabilizadas em nosso contexto de múltiplas violências. Para essas mulheres as taxas de feminicídio continuaram a crescer apesar das lutas, medidas, leis dos últimos anos<sup>12</sup>. Em relação aos dados sociodemográficos é notável ainda a influência religiosa na vida dessas mulheres, especialmente do cristianismo, presente na vida de mais da metade delas.

Mulheres nas três primeiras décadas de vida (até 29 anos) são as que mais raramente frequentaram os atendimentos do Ambulatório. Com a alta prevalência das violências em meninas e adolescentes, em especial da violência sexual nessa faixa etária em nosso país, torna-se importante pensar em estratégias para atrair as mais jovens para o Projeto Para Elas. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública <sup>25</sup>, de 2019, 39,8% das vítimas de feminicídio no Brasil entre 2017 e 2018 tinham até 29 anos de idade. Nesses mesmos anos ocorreram 180

estupros por dia no Brasil (quatro meninas por hora), 81,8% cometidos contra pessoas do sexo feminino, sendo 53,8% contra vítimas vulneráveis, menores de 14 anos ou pessoa incapazes de oferecer resistência, como alguém que esteja sob efeito de drogas, enfermo ou pessoa com deficiência <sup>25</sup>. Os autores desse tipo de crime são conhecidos das vítimas em 75,9% das vezes e do sexo masculino em 96,3% dos casos<sup>25</sup>. Trazer meninas e mulheres jovens ao Ambulatório, assim como chegar até elas nos territórios, pode ser medida eficaz para mudar o curso e a cronificação das consequências das violências em suas vidas, se não, pelo menos oferecer suporte e rede de apoio.

Em relação à escolaridade, encontramos no Ambulatório apenas 127 mulheres que concluíram curso médio e 46 mulheres com curso superior. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública <sup>25</sup>, de 2019, mostram que das vítimas de feminicídio no Brasil nos anos de 2017 e 2018, 70,7% apresentavam apenas ensino fundamental, 21,9% tinham ensino médio e 7,3% ensino superior. Esses dados evidenciam a importante tarefa desse Ambulatório em levar adiante sua intersetorialidade com a educação, articulando-se cada vez mais com instituições de ensino, como acontece com o EJA nos territórios e nas próprias atividades dentro do Ambulatório, como as aulas de inglês, o estímulo à convivência dentro dos espaços da Universidade, a divulgação do mestrado profissional, entre outros.

O número elevado de dados sociodemográficos não identificados, em torno de 30% com exceção da idade, mostra que é preciso aumentar a taxa de resposta às perguntas desses elementos, tanto na ficha de acolhimento quanto no prontuário. Conscientizar, sensibilizar e preparar aqueles que fazem acolhimentos e atendimentos no ambulatório é uma tarefa importante para o futuro.

Seria interessante acrescentar nos prontuários item que identifique renda e condições materiais, assim como a orientação sexual e identidade de gênero dos indivíduos. O gênero pode afetar todos os aspectos da psicopatologia, desde a prevalência, os sintomas, o curso da doença, a busca de tratamento e resposta a ele.<sup>19</sup> Outro item importante para acrescentarmos no prontuário seria espaço para marcar se a aquela violência interpessoal/autoprovocada foi notificada ou não (SINAN) e por qual profissional “quem identifica, notifica”.

## 7.2 Atendimentos no Ambulatório

### O cuidado

O Ambulatório Para Elas pode se orgulhar por manter as portas abertas para o acesso das mulheres que o procuram, que são sempre acolhidas por sua ampla equipe multiprofissional, que, como demonstrado nesse estudo, faz uso essencialmente de tecnologias leves de cuidado, sem sobrecarregar o serviço do HC-UFMG com demandas por exames ou atendimentos especializados externos ao Ambulatório.

Porém, notamos a partir dos dados nesta pesquisa, que houve redução no número de atendimentos a partir do segundo semestre de 2018. Essa redução se manteve no primeiro semestre de 2019, o que gera certa preocupação na identificação de suas causas e de medidas a serem tomadas. A redução observada no segundo semestre de 2019 não deve ser considerada, pois deve-se ao critério de inclusão das mulheres nesse estudo (foram incluídas quando seu primeiro atendimento se deu no primeiro semestre de 2019 e excluídas caso tenha ocorrido no segundo semestre de 2019).

Apesar de a maioria das mulheres terem comparecido 2 ou 3 vezes em atendimentos individuais, observa-se de forma indireta que pelo menos 25% delas apresentam cuidado longitudinal e/ou vínculos importantes no Ambulatório Para Elas, pois foram em mais de 6 atendimentos individuais. Longitudinalidade e vínculo são dois desafios para o seguimento das pacientes sob o cuidado dos profissionais no Ambulatório, que tem como característica a alta rotatividade de profissionais. Em sua maioria são mestrandos, que passam por um semestre de experiência prática nos acolhimentos e/ou atendimentos, e profissionais voluntários, que por diversas razões intercalam períodos de presença mais constante com afastamentos, muitas vezes temporários, dos atendimentos presenciais. Outra característica que torna a longitudinalidade e o vínculo desafiadores para o cuidado no Ambulatório é que ele se localiza, de forma física e mais robusta, fora dos territórios.

É importante ressaltar que, apesar da rotatividade e localização, o Ambulatório/Rede Para Elas reúne ampla rede de agentes envolvidos com seus ideais e ações que, a exemplo dos últimos 9 meses, sob a situação imposta pela

pandemia, conseguiu manter-se como um grupo coeso e ativo, em diversas frentes de trabalho à distância, junto a outros dispositivos da rede de assistência à mulher em situação de violência.

A partir dos resultados encontrados podemos estudar futuramente quais são as características das mulheres que mais compareceram aos atendimentos com maior frequência, assim como as características dos profissionais que mais vezes atenderam uma mesma pessoa, como a pediatria, para compreender quais fatores contribuem para isso e como podemos ampliá-los para as demais mulheres e categorias profissionais.

Estudo realizado para compreender a “não adesão”, por parte das vítimas de violência sexual<sup>16</sup>, aponta direções a serem consideradas que incluem a articulação entre os serviços que compõem a rede de atendimento, a melhoria do acolhimento, com valorização da relação intersubjetiva - entre a mulher e os profissionais - como um caminho para aumentar a adesão ao seguimento ambulatorial. É preciso salientar que o Ambulatório atua nesse sentido, conforme recomendado pela literatura que trata da abordagem às mulheres em situação de violência e que os números aqui encontrados podem não representar a frequência real das mulheres no Ambulatório. Pois não leva em consideração as vezes em que elas compareceram ao cuidado coletivo realizado na roda de conversa ou outros (teatro, inglês, grupo de fibromialgia), que não contam com lista de presença, ou mesmo as vezes em que foram atendidas em demanda espontânea, quando muitas vezes seus prontuários não estavam disponíveis e o registro pode ter se perdido ou fragmentado.

Os resultados apontados nesse estudo em relação à violência, sua multiplicidade e gravidade (anexo IV), assim como as diversas comorbidades que acometem as mulheres e elevada frequência de DCNT, evidenciam outros dois aspectos importantes a serem incorporados no cuidado dessas meninas e mulheres, que merecem atenção dos profissionais do Ambulatório. São eles a coordenação do cuidado e a busca ativa de casos selecionados, dois itens relacionados entre si. Ferramentas que permitam a mensuração da gravidade e apontem o risco que as mulheres correm, no momento do atendimento, são fundamentais de serem pensados e discutidos pelo grupo de profissionais, a fim de permitir casos selecionados para a busca ativa.

Foi uma das limitações desse estudo não apontar a longitudinalidade das mulheres através do tempo, mas apenas pelo número de atendimentos. O que poderia ter sido resolvido caso fosse incluído no questionário estruturado a primeira e a última datas de atendimento (foi colhida apenas a primeira).

### 7.3 O Ambulatório como prática de ensino

A presença de alunos da graduação e da pós graduação (mestrandos, residentes de GOB, homeopatia e MFC) no Ambulatório vai ao encontro do item IX do Art. 8º da Lei Maria da Penha<sup>13</sup>, que prevê a inclusão do tema da violência contra a mulher nos currículos de todas as faixas escolares como uma das formas de enfrentamento do problema. Além disso, os estudantes trazem o novo, arejam e concentram qualidades capazes de transformar os ambientes.

Um projeto de extensão universitária, especialmente em uma instituição pública, pode ser visto como uma forma de o privilégio do ensino superior, disponível apenas para uma pequena parte da população, dar retorno à sociedade em geral. Nesse sentido, a extensão universitária possibilita a integração dos saberes dos alunos, professores e sociedade, possibilitando a produção de novos saberes emancipatórios, alicerçados no saber científico e popular, que proporcionam ganhos na formação de profissionais que atuarão na promoção da saúde.<sup>26</sup>

Devemos, portanto, pensar em maneiras para ampliar a participação desses estudantes, que já ocorre não só no Ambulatório no Jenny Faria, mas também nos territórios onde o Projeto Para Elas acontece. É desejável ainda ampliar estágios da pós graduação nas áreas de psiquiatria, pediatria e clínica médica, já que há no Ambulatório presença de profissionais que poderiam ser preceptores desses residentes. Graduandos de outros cursos também seriam bem-vindos, tanto do direito quanto da assistência social, além das diversas áreas da saúde e da educação.

#### 7.4 Violências nos registros de saúde

Profissionais que atenderam no acolhimento e assistentes sociais estiveram entre as categorias que mais registraram violência nos prontuários. No caso do acolhimento, tal fato provavelmente se dá porque, além de ser a entrada no Ambulatório, ele é realizado com ficha padronizada, que prevê o questionamento ativo do entrevistador sobre a ocorrência de violências na vida das pacientes.

Houve registro escrito de violência em menos de 50% dos prontuários da psicologia, categoria profissional pela qual as mulheres mais foram assistidas, depois do acolhimento. Esse número, relativamente baixo haja vista a alta prevalência de violências e a característica central da escuta por parte desses profissionais, pode se dar devido à prática da categoria em não registrar por escrito e com detalhes o que lhe é relatado pelas pessoas.

As categorias médicas que mais registraram violências e suas descrições (em mais de 50% dos prontuários) foram a pediatria e a psiquiatria, demonstrando que as demais especialidades médicas precisam se atentar a esses registros. Uma ferramenta que pode ajudar a ampliar e qualificar o registro das violências é inserir perguntas em prontuário a ser padronizado e específico para o Ambulatório, além dos já citados treinamentos e sensibilizações.

Após identificadas, houve descrição mínima da violência em apenas 70% dos casos, nos outros 30% não houve qualquer tipo de descrição. O espaço nos prontuários proposto acima, para identificação e a descrição de violências nos registros posteriores ao acolhimento, poderiam ser usados por cada uma das categorias profissionais presentes no Ambulatório. Tais informações nem sempre são reveladas no primeiro contato com o serviço ou quando o são, pode ser que tenha sido apenas parcialmente. Além disso, múltiplos olhares sobre uma mesma paciente podem revelar aspectos que não poderiam ser vistos em atendimentos centralizados em apenas um profissional.

O registro em prontuário é critério de avaliação da qualidade de um serviço de saúde e acrescentar essa informação pode contribuir para melhorias nos registros das violências no Ambulatório. Tais registros são importantes para as mulheres, como forma de documentação das violências sofridas e suas consequências, para futuras pesquisas e para a própria incorporação do

entendimento, por parte dos estudantes e profissionais, de que a violência de gênero é relevante determinante para a saúde e o adoecimento das pessoas.

Estudo transversal que investigou registros de violência, em contexto de vulnerabilidade social atendidas na APS analisou 729 prontuários.<sup>27</sup> Apenas em 3,77% havia relato de violência sofrida. Destes, 45% foi do tipo física, seguido por 24%, psicológica; o principal agressor foi o parceiro íntimo (41%); 58% dos relatos foram registrados por médicos. Apenas 7% dos casos foram notificados. Os dados sugerem subregistro das situações de violência, que pode estar relacionado a falta ou pouca sensibilização e capacitação dos profissionais para identificar situações de violência, bem como registrar, notificar e dar prosseguimento ao acompanhamento às pessoas que vivem nessa situação. Portanto, é necessário difundir e capacitar os profissionais de saúde para a detecção, registro, condutas, notificação e seguimento das situações de violência.

### 7.5 Violências

Os dados mostraram a intensa prevalência das violências na vida das mulheres que frequentam o Ambulatório, que as atingem das mais variadas formas, geralmente de forma múltipla. Os dados não surpreenderam ao apontarem que a forma de violência mais frequente foi a violência psicológica, que é a mais comumente encontrada em vários países do mundo<sup>11</sup>. Também não surpreendeu a elevada prevalência da violência física, já que esse estudo foi feito em um Ambulatório que tem por objetivo cuidar das mulheres em situação de violência. Portanto, as altas prevalências de violência física e psicológica, acima das prevalências encontradas da população geral, eram esperadas.

Por outro lado, e pelos mesmos motivos, era de se esperar maior prevalência da violência por parceiro íntimo (37,4%) e sexual (25%) neste Ambulatório, porém os números ficaram abaixo dos registrados em alguns estudos de prevalência brasileiros<sup>17</sup>. No primeiro caso, da VPI, pode ter ocorrido falhas na identificação e nos registros de saúde, conforme discutido no item anterior. No segundo, além disso, pode ser que por se tratar de violência que envolve muitos tabus, influência de fatores religiosos, tanto por parte das mulheres quanto dos profissionais, esta

tenha sido menos relatada pelas meninas e mulheres e menos identificada. Isso mostra que precisamos olhar para esse ponto com mais cuidado e treinamento.

Nesse estudo não foi possível mensurar a gravidade das violências, mas ao se fazer a leitura do anexo IV deste trabalho, pode-se constatar que o Ambulatório cuida de muitas mulheres que estão ou estiveram sob grave ameaça de vida. Além disso, como apresentado nos resultados, raras foram as vezes nas quais as violências se apresentaram de forma isolada, o que pode ser um demonstrativo indireto de gravidade. Quanto a isso, a equipe pode se qualificar na busca e uso de instrumentos que possibilitem mensurar o risco que a mulher corre, a gravidade da violência de forma mais imediata, naquele atendimento.

Além disso, é um compromisso pensar também em como garantir a longitudinalidade, coordenação de cuidado e em operacionalizar a busca ativa dessas mulheres. Notamos durante a coleta de dados a presença de casos graves, para os quais seria adequado realização de busca ativa e coordenação de cuidados. Entre esses podemos citar suspeita de neoplasia, suspeita de HIV (resultado indeterminado), risco de feminicídio.

Nesse estudo observamos que poucas foram as vezes em que não foi relatada nenhuma violência no primeiro acolhimento, mas em momentos posteriores sim. Apenas 13 mulheres no acolhimento negaram qualquer tipo de violência, mas as manifestaram-se em atendimentos subsequentes. O que foi mais comumente observado pela equipe que coletou os dados desse estudo, e que não foi mensurado nessa pesquisa, foi o fato de que muitas vezes as violências foram identificadas e registradas apenas parcialmente no acolhimento. Muitas vezes outras violências, outros detalhes de sua descrição, eram obtidos nos atendimentos subsequentes ao acolhimento. Algumas vezes, mesmo as mulheres encaminhadas ao Ambulatório pelos serviços, como centros de saúde e CRAS, não relatam a violência no primeiro acolhimento. Esses pontos podem apontar para uma certa dificuldade em se falar das violências sofridas, mas também nos atentam para a necessidade de capacitação e treinamento dos profissionais, acerca dos conceitos e diversas formas de violência que atingem as pessoas em nossa sociedade.

### 7.6 Problemas, sintomas, queixas

Os achados dessa pesquisa em relação às queixas apresentadas pelas mulheres estão de acordo com a prevalência de problemas encontrados na literatura<sup>4,15</sup>. Os mais prevalentes se relacionam com os transtornos mentais comuns (somatoformes, ansiedade, depressão), a exemplo dos próprios sintomas de ansiedade e/ou depressão (81,0%), distúrbios do sono (59,3%), sentimento de culpa e baixa autoestima (49,2%), dor crônica (47,3%), ideação suicida e tentativas de auto extermínio (23,7%). Os transtornos mentais comuns são mais diagnosticados também em mulheres com pouca escolaridade, baixa renda familiar, “do lar” e seus sintomas incluem insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, problemas prevalentes neste trabalho. Os resultados estão, portanto, em consonância com os dados da literatura acerca das consequências da violência contra a mulher.<sup>20</sup>

A baixa prevalência de TEPT nessa pesquisa (1,4%) em comparação com os dados da literatura, pode se dever às poucas consultas pelas quais a maioria das mulheres passou, que, ainda que tenham sido feitas por profissional psiquiatra, podem não ter sido suficientes para fechar ou até mesmo se pensar nesse diagnóstico. Esse resultado nos aponta para a necessidade de a equipe estudar mais sobre esse problema.

Enquanto nas mulheres com transtornos mentais, predomina a dependência do diazepam, nos homens predomina o uso e abuso do álcool.<sup>19</sup> Neste trabalho a prevalência de uso de medicamentos psicotrópicos pelas mulheres foi de 35%, ocupou a quinta colocação, enquanto o uso nocivo e abuso de álcool teve prevalência de 5,3%. Futuros estudos que abordem a saúde e as violências que atravessam os homens participantes do Ambulatório Para Elas poderão nos dizer sobre o perfil de violências que os atinge e a relação deles com o consumo de álcool.

Aproximadamente um quarto das meninas e mulheres nesse trabalho relataram ideação suicida e/ou tentativa de auto extermínio (24,19%), problema que merece destaque dentre os transtornos mentais devido seu potencial de letalidade e sinal de transtorno mental mais grave. Não foi possível identificar o tempo entre a ideação/tentativa e o relato, nem foi diferenciado ideação de tentativa nesse

trabalho. No Brasil pensamentos de auto extermínio nas últimas 4 semanas se mostraram presentes em 4,3% na população geral e pensamentos durante a vida, em algum momento, estiveram presentes em 27,2% das pessoas. Já as tentativas ao longo da vida têm prevalência de 8,8%.<sup>21</sup> Portanto, apesar de parecer elevada, a prevalência encontrada nesse estudo, compatível com a prevalência encontrada na população geral para pensamentos de auto extermínio em algum momento da vida, podem demonstrar que é preciso que a equipe do Ambulatório se prepare melhor para essa abordagem, já que por estarmos em um Ambulatório que atende mulheres em situação de violência e vulnerabilidade, seriam esperados números maiores do que aqueles encontrados na população geral.

Outros problemas altamente prevalentes nesse estudo e que são reportados na literatura como associados a quadros de violência<sup>15</sup> os problemas do trato geniturinário, com prevalência de 22%. Destaca-se dentro desse grupo o aborto como um dos problemas mais prevalentes. Tão prevalentes nesse estudo quanto os sintomas geniturinários, mas menos reportados na literatura médica em associações com a violência, foram os sintomas respiratórios, presentes em 22,1% das meninas e mulheres. Distúrbios gastrintestinais, também pouco reportados na literatura como associados a violência, foram bastante prevalentes nesse estudo, com 16,1% das mulheres apresentando-os em algum momento.

A alta prevalência de problemas e fatores de risco para doenças cardiovasculares encontradas nesse estudo, como hipertensão (30,7%), tabagismo (16,8%) e diabetes mellitus (11,3%), associados ao fato de os estudos apontarem maior mortalidade de morte por DCNT em mulheres que passaram por situações de violência<sup>18</sup>, devem acender nosso alerta para a necessidade de um cuidado vigilante, longitudinal, integral, com acesso e coordenação de cuidado para com as pacientes do Ambulatório. Apontam ainda para a necessária articulação entre o Ambulatório e a rede de Atenção Primária à Saúde. A APS e outros serviços de saúde, ao reproduzirem a invisibilidade da presença da violência na vida dessas pacientes, deixam de vê-las da forma integral como o próprio cuidado eficaz das DCNT exige.

São outras queixas associadas à violência pela literatura e, relativamente frequentes nesse estudo, a cefaleia (15,1%), dor na coluna, nas costas e no pescoço (8,6%), dor pélvica (5,8%), dor abdominal (3,8%). A dispareunia apresentou baixa prevalência (1,9%), o que pode estar relacionado aos tabus que

envolvem a temática da sexualidade da mulher e que pode apontar para a necessidade de capacitação da equipe do Ambulatório em abordar esse tema.

### 7.7 Associações entre Violências e problemas, sintomas e queixas

As violências, de forma geral, se mostraram associadas ao maior número de queixas, à apresentação de queixas em múltiplos sistemas e às queixas crônicas e indiferenciadas. Meninas e mulheres que sofreram qualquer tipo de violência apresentaram 5,43 vezes mais chances de ter 4 ou mais sintomas/queixas/diagnósticos em comparação com aquelas que não relataram violência.

A primeira exceção ficou com a violência patrimonial, que apresentou associação com menores chances de as mulheres apresentarem problemas em 3 ou mais sistemas e 4 ou mais queixas. Isso pode ter acontecido devido ao fato que essa violência foi muito pouco identificada, impossibilitando o estudo de suas associações com as queixas. Nos aponta, como equipe, em nos treinarmos melhor para conhecer, identificar e registrar esse tipo de violência, especialmente no Ambulatório Para Elas, onde um quarto das mulheres atendidas são idosas e esse tipo de violência se faz mais prevalente.

A segunda exceção ficou com a violência sexual, que apresentou associação com menores chances de as mulheres apresentarem problemas em 3 ou mais sistemas e problemas indiferenciados. Como já discutido anteriormente em “Violências”, isso pode ser também reflexo de pouco treinamento para abordar esse tipo de violência, além de ser também uma violência mais difícil de ser verbalizada pelas mulheres, devido aos tabus envolvidos e ao fato de grande parte dos autores de violência sexual serem parceiros, no chamado estupro marital, que é naturalizado e por muitos anos invisibilizado especialmente em comunidades religiosas, nas quais entende-se que o sexo é uma obrigação da mulher dentro do casamento.

Por fim, a terceira e última exceção se deu para a associação negativa entre violência autoinfligida e queixas em 3 ou mais sistemas. Esse tipo de violência

também encontra certo tabu em sua abordagem, o que pode explicar uma associação que pode não corresponder com a realidade. Por outro lado, mulheres que manifestaram essa violência mostraram-se com 9,5 vezes mais chance de apresentarem 4 ou mais problemas de saúde nos atendimentos.

## Referências bibliográficas

1. BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, n. 19, p. 20-28, 2002.
2. GOMES, M. P. C., et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. *Gomes MPC, Merhy EE, organizadores. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, 25-42*
3. KRUG, E.G.; DAHLBERG, J.A.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002
4. DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso)>.access on 02 Dec. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
5. MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 21-42. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: 10.7476/9788575415887.003. <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>
6. Melo, EM. Melo, VH. Curso EAD Para Elas. Belo Horizonte: Folium, 2016.
7. Brasil. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996 [internet]. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União. 2 Ago 1996 [acesso em 02 Dez. 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/D1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm)
8. SCHRAIBER, Lilia Blima et al. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. 2003.
9. Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós / Elza Machado de Melo, Victor Hugo de Melo (organizadores). **O Subjugo das mulheres através dos tempos**. Belo Horizonte: Folium, 2016. p. 57-66: il. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2)

10. GARCÍA-MORENO, Claudia et al. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. World Health Organization, 2013.

11. DE MELO, Elza Machado et al. VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E MODOS DE ENFRENTAMENTO.

12. ALVES, Paloma Palmieri et al. Atlas da violência 2020. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10214>

13. BRASIL, Lei Nº. 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Brasília, DF. Casa Civil, 2006.

14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. 2019.

15. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. World Health Organization, 2013.

16. TRIGUEIRO, Tatiane Herreira et al. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 1, 2018.

17. SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 797-807, 2007.

18. EXTERNAS, RDEÓPOR; DE, EM MULHERES COM NOTIFICAÇÃO. VIOLÊNCIA NO BRASIL, 2011 A 2016.

19. ZANELLO, Valeska; SILVA, René Marc Costa. Saúde mental, gênero e violência estrutural. 2012.

20. MENDONÇA, Marcela Franklin Salvador de; LUDERMIR, Ana Bernarda. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 32, 2017.

21. DEVRIES, Karen et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Social science & medicine**, v. 73, n. 1, p. 79-86, 2011.
22. TOBO MEDINA, Natalia et al. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 2, p. 174-186, 2011.
23. WOODS, Stephanie J.; KOZACHIK, Sharon L.; HALL, Rosalie J. Subjective sleep quality in women experiencing intimate partner violence: Contributions of situational, psychological, and physiological factors. **Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies**, v. 23, n. 1, p. 141-150, 2010.
24. DE MEDEIROS, MARIANA PEDROSA; DE LOYOLA, VALESKA MARIA ZANELLO. Reconstruindo histórias para além do diagnóstico psiquiátrico: escuta (e intervenção) de gênero como meio de empoderamento de mulheres com histórico de relações violentas. **Mulheres e violências: intersectorialidades**, 2017.
25. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. 2019.
26. SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da et al. Educational practices in the training of university students regarding violence against women. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 276-285, 2016.
27. BORBUREMA, Telma Libna Rodrigues et al. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-13, 2017.

## Anexos

### Anexo I – Todas as queixas:

<b>Problemas, Queixas, Sintomas</b>	<b>N (583)</b>	<b>%</b>
Depressão/ansiedade/tristeza/angústia	472	81
Distúrbios do sono	346	59,3
Sentimento de vergonha e culpa/baixa autoestima	287	49,2
Síndrome de dor crônica	276	47,3
Uso de medicamentos psicotrópicos	204	35
Hipertensão	179	30,7
Ideação suicida/Tentativas prévias	138	23,7
Queixas respiratórias (tosse, asma, bronquite, dispneia)	129	22,1
Queixas geniturinárias	128	22
Tabagismo	98	16,8
Distúrbios gastrintestinais	94	16,1
Cefaleia	88	15,1
Aborto	77	13,2
Diabetes	66	11,3
Desemprego* (n=304)	31	10,2
Artrite/artrose/artralgia	58	9,9
Fobias e síndrome do pânico	55	9,4
Lombalgia/cervicalgia/Dor nas costas/ dor na coluna	50	8,6
Disfunção sexual	44	7,5
Hipotireoidismo	40	6,9
Transtornos alimentares	39	6,7
Sintomas climatério/menopausa	37	6,3
Sobrepeso/obesidade	37	6,3
Insuficiência venosa	35	6
Fibromialgia	34	5,8
Dor pélvica	34	5,8
Histerectomia	32	5,5
Funcionamento físico reduzido	32	5,5
Uso nocivo/abuso de álcool	31	5,3
IAM, AVE, doença arterial periférica, angina	29	5
Infecção sexualmente transmissível	28	4,8
Tontura/vertigem/labirintite	28	4,8
Alterações colo uterino ou no citopatológico	27	4,6
Dor em membros inferiores	26	4,5
Complicações da gravidez	26	4,5
Incontinência urinária	26	4,5

Fadiga/cansaço/fraqueza	26	4,5
Dislipidemia	24	4,1
Problemas na memória	24	4,1
Neoplasia	24	4,1
Analfabetismo* (n=304)	12	3,9
Dermatite	23	3,9
Dor abdominal	22	3,8
Nódulo mamário	22	3,8
Dispepsia	21	3,6
Constipação	20	3,4
Corrimento vaginal	19	3,3
Dor no corpo inespecífica, câimbras, dor nos ossos	18	3,1
Miomatose uterina	18	3,1
Sangramento uterino disfuncional / aumentado	18	3,1
Dismenorreia	16	2,7
Luto* (n=304)	8	2,6
Comportamento sexual inseguro	15	2,6
Prurido vulvar/vaginal	15	2,6
Doença renal	15	2,6
Rinite	15	2,6
ITU	14	2,4
Colelitíase / colecistectomia	14	2,4
Outras cardiopatias (que não coronariopatias ou arritmias)	14	2,4
Dor torácica/no peito de origem não cardíaca	13	2,2
Candidíase	12	2,1
Uso de cocaína/crack	12	2,1
Uso de cannabis	12	2,1
Anemia	12	2,1
Queda de cabelo	12	2,1
Dispareunia	11	1,9
Baixa libido / anorgasmia	11	1,9
Doença inflamatória pélvica	11	1,9
Glaucoma	11	1,9
DRGE	11	1,9
Automutilação	10	1,7
Cisto ovariano	10	1,7
Ciclo menstrual irregular	10	1,7
Náuseas	10	1,7
Parestesias	10	1,7
Transtorno Afetivo Bipolar	9	1,5

"Reumatismo"	9	1,5
Gravidez indesejada	9	1,5
Nefrolitíase	9	1,5
HPV / condiloma	9	1,5
Dano ocular	9	1,5
Esteatose Hepática	9	1,5
Epilepsia / crise convulsiva	9	1,5
Palpitação	9	1,5
Osteoporose / osteopenia	9	1,5
Edema em membros inferiores	9	1,5
Transtorno de estresse pós-traumático	8	1,4
Cistocele e rotura perineal	8	1,4
Disúria, polaciúria, urgência inespecíficas	8	1,4
Doença hemorroidária	8	1,4
Lipotimia / síncope	8	1,4
Arritmia	8	1,4
Contusões e edemas/Lacerações e escoriações	8	1,4
Dor em membros superiores	7	1,2
Alergia inespecífica	7	1,2
Nenhuma	7	1,2
Dificuldade Escolar	6	1
Perineoplastia	6	1
Catarata	6	1
Uso de outras substâncias ilícitas	6	1
Diarreia	6	1
Zumbido	6	1
Esquizofrenia	5	0,9
Irritabilidade	5	0,9
Endometriose	5	0,9
Psoríase	5	0,9
Trombose/TEP	5	0,9
Hipoacusia	5	0,9
Agressividade	4	0,7
Dor anal	4	0,7
Esporão de calcâneo / Fasciíte plantar	4	0,7
Infertilidade	4	0,7
Síndrome dos Ovários Policísticos	4	0,7
Mastalgia	4	0,7
Alterações mamográficas	4	0,7
Vaginose	4	0,7
Sinusite	4	0,7

Neurocisticercose	4	0,7
Manchas inespecíficas	4	0,7
Emagrecimento / Perda de peso involuntária	4	0,7
Fratura / ruptura ligamento	4	0,7
Bruxismo	4	0,7
Transtorno dissociativo	3	0,5
TDAH	3	0,5
Déficit cognitivo	3	0,5
Espessamento endometrial	3	0,5
Pólipo endometrial	3	0,5
Prolapso vaginal	3	0,5
Cisto renal simples	3	0,5
Sífilis/VDRL	3	0,5
Desvio de septo	3	0,5
Cirurgia bariátrica	3	0,5
Hipertireoidismo	3	0,5
Melasma	3	0,5
Pólipo intestinal	3	0,5
Deficiência de vitamina D	3	0,5
Otite/otalgia	3	0,5
Amigdalite	3	0,5
Problemas da saúde bucal	3	0,5
Escoliose	3	0,5
Plaquetopenia / Leucopenia	3	0,5
Transtorno de personalidade	2	0,3
Cistos de Naboth	2	0,3
Descarga papilar	2	0,3
Tricomoniase	2	0,3
Hepatite B	2	0,3
Hepatite C	2	0,3
HIV	2	0,3
Úlcera duodenal / gástrica	2	0,3
Fissura anal	2	0,3
Nódulo tireoideo	2	0,3
Tremores	2	0,3
Cerume impactado	2	0,3
Tuberculose	2	0,3
Ácido úrico alterado	2	0,3
Espessamento ungueal/onícomicose	2	0,3
Displasia congênita de quadril	2	0,3
Abscesso cutâneo	2	0,3

Tendinite / LER	2	0,3
Acne	2	0,3
Lúpus Eritematoso Sistêmico	2	0,3
Alterações enzimas hepáticas	2	0,3
Doença de Chagas	2	0,3
Polifarmácia	2	0,3
Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva	2	0,3
Crises conversivas	1	0,2
Ooforectomia	1	0,2
Líquen atrófico vulvar	1	0,2
Bartolinite	1	0,2
Úlcera genital	1	0,2
Herpes genital	1	0,2
Ceratocone	1	0,2
Retinopatia diabética	1	0,2
Estrabismo, miopia, astigmatismo	1	0,2
Toxoplasmose ocular	1	0,2
Hordéolo	1	0,2
Hematoquezia	1	0,2
Sudorese	1	0,2
Prurido inespecífico	1	0,2
Herpes Zoster	1	0,2
Febre inespecífica	1	0,2
Síndrome de Irlen	1	0,2
Incontinência fecal	1	0,2
Piúria	1	0,2
Diverticulite	1	0,2
Deficiência de vitamina B12	1	0,2
Ictiose vulgar	1	0,2
Epistaxe	1	0,2
Síndrome de Sjogren	1	0,2
Espondilite Anquilosante	1	0,2
Síndrome do túnel do carpo	1	0,2
Polineuropatia de Charcot-Marie	1	0,2
Osteonecrose da cabeça de fêmur	1	0,2
Polineuropatia periférica	1	0,2
Fenômeno de Raynaud	1	0,2
Pênfigo vulgar	1	0,2

**Anexo II – Queixas agrupadas por sistemas:**

<b>Saúde Mental e comportamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Depressão/ansiedade/tristeza/angústia	472	81,0
Distúrbios do sono	346	59,3
Sentimento de vergonha e culpa/baixa autoestima	287	49,2
Uso de medicamentos psicotrópicos	204	35,0
Ideação suicida/Tentativas prévias	138	23,7
Tabagismo	98	16,8
Fobias e síndrome do pânico	55	9,4
Disfunção sexual	44	7,5
Uso nocivo/abuso de álcool	31	5,3
Problemas na memória	24	4,1
Comportamento sexual inseguro	15	2,6
Uso de cocaína/crack	12	2,1
Uso de cannabis	12	2,1
Dispareunia	11	1,9
Baixa libido / anorgasmia	11	1,9
Automutilação	10	1,7
Transtorno Afetivo Bipolar	9	1,5
Transtorno de estresse pós-traumático	8	1,4
Dificuldade Escolar	6	1,0
Uso de outras substâncias ilícitas	6	1,0
Esquizofrenia	5	,9
Irritabilidade	5	,9
Agressividade	4	,7
Transtorno dissociativo	3	,5
TDAH	3	,5
Deficiência cognitiva	3	,5
Transtorno de personalidade	2	,3
Crises conversivas	1	,2

<b>Inespecíficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Síndrome de dor crônica	276	47,3

Funcionamento físico reduzido	32	5,5
Dor em membros inferiores	26	4,5
Fadiga/cansaço/fraqueza	26	4,5
Neoplasia	24	4,1
Dor no corpo, câibras, dor nos ossos	18	3,1
Dor torácica de origem não cardíaca	13	2,2
Anemia	12	2,1
Queda de cabelo	12	2,1
Lipotimia / síncope	8	1,4
Dor em membros superiores	7	1,2
Alergia	7	1,2
Bruxismo	4	0,7
Plaquetopenia / Leucopenia	3	0,5
HIV	2	0,3
Tuberculose	2	0,3
Ácido úrico alterado	2	0,3
Polifarmácia	2	0,3
Sudorese	1	0,2
Febre inespecífica	1	0,2
Síndrome de Irlen	1	,2
Síndrome de Sjogren	1	,2
Fenômeno de Raynaud	1	,2

<b>Aparelho Circulatório</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Hipertensão	179	30,7
Insuficiência venosa	35	6,0
IAM, AVE, doença arterial periférica, angina	29	5,0
Outras cardiopatias (não coronariopatias ou arritmias)	14	2,4
Palpitação	9	1,5
Edema em membros inferiores	9	1,5
Arritmia	8	1,4
Trombose/TEP	5	0,9
Doença de Chagas	2	0,3

<b>Aparelho Respiratório</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Queixas respiratórias	129	22,1
Rinite	15	2,6
Sinusite	4	0,7
Desvio de septo	3	0,5
Amigdalite	3	0,5
Epistaxe	1	0,2

<b>Geniturinárias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Queixas geniturinárias	128	22,0
Aborto	77	13,2
Sintomas climatério/menopausa	37	6,3
Dor pélvica	34	5,8
Histerectomia	32	5,5
Infecção sexualmente transmissível	28	4,8
Alterações colo uterino ou citopatológico	27	4,6
Complicações da gravidez	26	4,5
Incontinência urinária	26	4,5
Nódulo mamário	22	3,8
Corrimento vaginal	19	3,3
Miomatose uterina	18	3,1
Sangramento uterino disfuncional / sangramento aumentado	18	3,1
Dismenorreia	16	2,7
Prurido vulvar/vaginal	15	2,6
Doença renal	15	2,6
Infecção do trato urinário	14	2,4
Candidíase	12	2,1
Doença inflamatória pélvica	11	1,9
Cisto ovariano	10	1,7
Ciclo menstrual irregular	10	1,7
Gravidez indesejada	9	1,5
Nefrolitíase	9	1,5
HPV / condiloma	9	1,5
Cistocele e rotura perineal	8	1,4

Disúria, polaciúria, urgência inespecíficas	8	1,4
Perineoplastia	6	1,0
Endometriose	5	,9
Infertilidade	4	0,7
Síndrome dos ovários policísticos	4	0,7
Mastalgia	4	0,7
Alterações mamográficas	4	0,7
Vaginose	4	0,7
Espessamento endometrial	3	0,5
Pólipo endometrial	3	0,5
Prolapso vaginal	3	0,5
Cisto renal simples	3	0,5
Sífilis/VDRL+	3	0,5
Cistos de Naboth	2	0,3
Descarga papilar	2	0,3
Tricomoníase	2	0,3
Ooforectomia	1	0,2
Liquen atrófico vulvar	1	0,2
Bartolinite	1	0,2
Úlcera genital	1	0,2
Herpes genital	1	0,2
Piúria	1	0,2

<b>Gastrointestinais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Distúrbios gastrintestinais	94	16,1
Dor abdominal	22	3,8
Dispepsia	21	3,6
Constipação	20	3,4
Colelitíase / colecistectomia	14	2,4
DRGE	11	1,9
Náuseas	10	1,7
Esteatose hepática	9	1,5
Doença hemorroidária	8	1,4

Diarreia	6	1,0
Dor anal	4	0,7
Pólipo intestinal	3	0,5
Problemas da saúde bucal	3	0,5
Hepatite B	2	0,3
Hepatite C	2	0,3
Úlcera duodenal / gástrica	2	0,3
Fissura anal	2	0,3
Alterações enzimas hepáticas	2	0,3
Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva	2	0,3
Hematoquezia	1	0,2
Incontinência fecal	1	,2
Diverticulite	1	,2

<b>Neurológicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Cefaléia	88	15,1
Tontura/vertigem/labirintite	28	4,8
Parestesias	10	1,7
Epilepsia / crise convulsiva	9	1,5
Neurocisticercose	4	0,7
Tremores	2	0,3
Polineuropatia de Charcot-Marie	1	0,2
Polineuropatia periférica	1	0,2

<b>Endócrino-metabólica-nutricionais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diabetes	66	11,3
Hipotireoidismo	40	6,9
Transtornos alimentares	39	6,7
Sobrepeso/obesidade	37	6,3
Dislipidemia	24	4,1
Emagrecimento / Perda de peso involuntária	4	0,7
Cirurgia bariátrica	3	0,5
Hipertireoidismo	3	0,5
Deficiência de vitamina D	3	0,5

Nódulo tireoidiano	2	0,3
Deficiência de vitamina B12	1	0,2

<b>Aparelho musculoesquelético</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Artrite/artrose/artralgia	58	9,9
Lombalgia/Cervicalgia/Dor nas costas/Dor na coluna	50	8,6
Fibromialgia	34	5,8
"Reumatismo"	9	1,5
Osteoporose / Osteopenia	9	1,5
Contusões, edemas, lacerações, escoriações	8	1,4
Esporão de calcâneo / Fasciite plantar	4	0,7
Fratura / Ruptura ligamento	4	0,7
Escoliose	3	0,5
Displasia congênita de quadril	2	0,3
Tendinite	2	0,3
Espondilite anquilosante	1	0,2
Síndrome do túnel do carpo	1	0,2
Osteonecrose da cabeça de fêmur	1	0,2

<b>Social</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Desemprego	31	10,2
Analfabeta	12	4,0
Luto	8	2,6

\*Problemas sociais foram registrados a partir do prontuário 280 (N=304)

<b>Dermatológicas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dermatite	23	3,9
Psoríase	5	0,9
Manchas inespecíficas	4	0,7
Melasma	3	0,5
Espessamento ungueal/onicomicose	2	0,3
Abscesso cutâneo	2	0,3
Acne	2	0,3
Lúpus Eritematoso Sistêmico	2	0,3

Prurido inespecífico	1	0,2
Herpes Zoster	1	0,2
Ictiose vulgar	1	0,2
Pênfigo vulgar	1	0,2

<b>Olho</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Glaucoma	11	1,9
Dano ocular	9	1,5
Catarata	6	1,0
Ceratocone	1	0,2
Retinopatia diabética	1	0,2
Estrabismo, miopia, astigmatismo	1	0,2
Toxoplasmose ocular	1	0,2
Hordéolo	1	0,2

<b>Ouvido</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Zumbido	6	1,0
Hipoacusia	5	0,9
Otite/otalgia	3	0,5
Cerume impactado	2	0,3

**Anexo III – Classificação das queixas em indiferenciadas e crônicas:**

<b>Queixas</b>	<b>Indiferenciadas (1) x Diagnósticos (2)</b>	<b>Crônicas (1) x Agudas (2)</b>
Depressão/ansiedade/tristeza/angústia		1
Com uso de medicamentos	2	
Sem uso de medicamentos	1	
Distúrbios do sono	1	1
Sentimento de vergonha e culpa/baixa autoestima	1	1
Fobias e síndrome do pânico	2	1
Ideação suicida/Tentativas prévias	2	1
Transtorno de estresse pós-traumático	2	1
Transtornos alimentares	1	1
Uso de medicamentos psicotrópicos	2	1
Luto	1	1
Automutilação	1	1
Transtorno Afetivo Bipolar	2	1
Esquizofrenia	2	1
Transtorno dissociativo	1	1
Transtorno de personalidade	2	1
Crises conversivas	1	1
TDAH	2	1
Agressividade	1	1
Irritabilidade	1	1
Déficit cognitivo	2	1
Dificuldade Escolar	1	1
Disfunção sexual	1	1
Dispareunia	1	1
Baixa libido / anorgasmia	1	1
Síndrome de dor crônica	1	1
Dor no corpo inespecífica, câibras, dor nos ossos	1	1
Artrite/artrose/artralgia	1	1
Lombalgia/cervicalgia/Dor nas costas/ dor na coluna	1	1
Dor em membros superiores	1	2
Dor em membros inferiores	1	2
Dor torácica/no peito de origem não cardíaca	1	2
Dor abdominal	1	1
Dor anal	1	2
"Reumatismo"	1	1
Esporão de calcâneo / Fasciite plantar	2	1
Fibromialgia	1	1

Cefaleia	1	1
Dor pélvica	1	1
Aborto	2	2
Gravidez indesejada	1	2
Comportamento sexual inseguro	1	1
Complicações da gravidez	1	2
Infertilidade	1	1
Sintomas climatério/menopausa	1	1
Alterações colo uterino ou citopatológico	2	2
Endometriose	2	1
Miomatose uterina	2	1
Espessamento endometrial	2	1
Pólipo endometrial	2	1
Histerectomia	2	1
Ooforectomia	2	1
Cisto ovariano	2	1
Síndrome dos Ovários Policísticos	2	1
Sangramento uterino disfuncional / aumentado	1	1
Ciclo menstrual irregular	1	1
Dismenorreia	1	1
Corrimento vaginal	1	2
Candidíase	2	2
Prurido vulvar/vaginal	1	1
Líquen atrófico vulvar	2	1
Bartolinite	2	2
Cistocele e rotura perineal	2	1
Prolapso vaginal	2	1
Cistos de Naboth	2	1
Nódulo mamário	1	1
Descarga papilar	1	1
Mastalgia	1	1
Alterações mamográficas	1	1
Perineoplastia	2	1
Queixas geniturinárias	1	2
ITU	2	2
Disúria, polaciúria, urgência inespecíficas	1	2
Incontinência urinária	2	1
Nefrolitíase	2	1
Cisto renal simples	2	1
Doença renal	2	1
Doença inflamatória pélvica	2	2

Sífilis/VDRL	2	1
Úlcera genital	2	2
HPV / condiloma	2	1
Vaginose	2	2
Tricomoníase	2	2
Hepatite B	2	1
Hepatite C	2	1
HIV	2	1
Herpes genital	2	1
Dano ocular	1	1
Glaucoma	2	1
Ceratocone	2	1
Catarata	2	1
Retinopatia diabética	2	1
Hipoacuidade visual	2	1
Estrabismo, miopia, astigmatismo	2	1
Toxoplasmose ocular	2	1
Hordéolo	2	2
Tabagismo	1	1
Hipertensão	2	1
Diabetes	2	1
Dislipidemia	2	1
IAM, AVE, doença arterial periférica, angina	2	1
Insuficiência venosa	2	1
Doença hemorroidária	2	1
Uso nocivo/abuso de álcool	1	1
Uso de cocaína/crack	1	1
Uso de cannabis	1	1
Uso de outras substâncias ilícitas	1	1
Distúrbios gastrintestinais	1	1
Constipação	1	1
Diarreia	1	2
DRGE	2	1
Dispepsia	1	1
Úlcera duodenal / gástrica	2	1
Náuseas	1	2
Colelitíase / colecistectomia	2	1
Fissura anal	2	2
Hematoquezia	1	2
Esteatose Hepática	1	1
Queixas respiratórias (tosse, asma, bronquite,	1	1

dispneia)		
Rinite	2	1
Sinusite	2	2
Desvio de septo	2	1
Fadiga/cansaço/fraqueza	1	1
Tontura/vertigem/labirintite	1	1
Lipotimia / síncope	1	1
Sudorese	1	1
Problemas na memória	1	1
Zumbido	1	1
Parestesias	1	1
Prurido inespecífico	1	1
Cirurgia bariátrica	2	1
Sobrepeso/obesidade	2	1
Invalidez	1	1
Funcionamento físico reduzido	1	1
Neoplasia	2	1
Herpes Zoster	2	2
Desemprego		
Febre inespecífica	1	2
Síndrome de Irlen	2	1
Epilepsia / crise convulsiva	2	1
Hipertireoidismo	2	1
Hipotireoidismo	2	1
Nódulo tireoidiano	2	1
Alergia inespecífica	2	1
Dermatite	2	1
Psoríase	2	1
Melasma	2	1
Tremores	1	1
Cerume impactado	2	2
Outras cardiopatias (que não coronariopatias ou arritmias)	2	1
Arritmia	2	1
Palpitação	1	1
Contusões e edemas/Lacerações e escoriações	2	2
Neurocisticercose	2	1
Incontinência fecal	1	1
Tuberculose	2	1
Osteoporose / osteopenia	2	1
Analfabetismo		
Piúria	2	2

Manchas inespecíficas	1	1
Anemia	2	1
Pólipo intestinal	2	1
Diverticulite	2	2
Deficiência de vitamina D	2	1
Deficiência de vitamina B12	2	1
Ácido úrico alterado	2	1
Espessamento ungueal/onicomiose	1	1
Otite/otalgia	1	2
Edema em membros inferiores	1	1
Emagrecimento / Perda de peso involuntária	1	2
Queda de cabelo	1	1
Trombose/TEP	2	1
Ictiose vulgar	2	1
Displasia congênita de quadril	2	1
Abscesso cutâneo	2	2
Amigdalite	2	2
Fratura / ruptura ligamento	2	2
Tendinite	2	1
Epistaxe	1	2
Acne	2	1
Hipoacusia	2	1
Problemas da saúde bucal	1	1
Bruxismo	2	1
Síndrome de Sjogren	2	1
Lúpus Eritematoso Sistêmico	2	1
Alterações enzimas hepáticas	1	1
Espondilite Anquilosante	2	1
Doença de Chagas	2	1
Síndrome do túnel do carpo	2	1
Polifarmácia	2	1
Escoliose	2	1
Polineuropatia de Charcot-Marie	2	1
Pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva	1	1
Plaquetopenia / Leucopenia	1	1
Osteonecrose da cabeça de fêmur	2	1
Polineuropatia periférica	2	1
Pé torto congênito	2	1
Leishmaniose visceral	2	1
Pancreatite crônica	2	1
Fenômeno de Raynaud	1	1

Erisipela	2	1
Pênfigo vulgar	2	1

#### Anexo IV – Descrição das violências

Descrição da(s) violência(s)
Espancamento há 15 anos.
Estrutural: carga enorme de responsabilidade para cuidar de 3 filhos, da casa e trabalhar fora; Sexual e psicológica: após 4 meses frequentando igreja evangélica foi assediada pelo pastor, que era casado. Fez que não viu o assédio, até que um dia ele falou "aqui funciona assim, assim, assim, tipo eu sou o mentor", disse que ia falar para todo mundo e ele fechou a porta e fez ameaças. Paciente não voltou mais para a igreja, com medo e frustração. Na adolescência sofreu assédio de um colega da escola, que bateu sua cabeça na parede e tentou beijar a força. Ela reagiu e sofreu ameaças depois.
Ameaças devido a comportamentos de paranoia do marido sofrendo injúrias verbais, morais, tendo já sido ameaçada com faca.
Agressões físicas advindas do pai e da patroa quando aos 7 anos sob consentimento do pai.
Violência estrutural/institucional. Paciente relata dificuldade de marcar consultas e exames via APS e o contexto é de alta vulnerabilidade social. Cuida de 6 sobrinhos que têm entre 3 e 16 anos de idade, filhos de um irmão e uma sobrinha, se sente sobrecarregada.
Foi abusada pelo pai aos 8 e 20 anos, ela contou para a mãe, pai dizia que era fantasia. Arremesso de objeto pela mãe.
17 anos, casada, vive na casa dos sogros com o marido. Marido bebe muito e chega tarde em casa, não lhe dá atenção. Ele é "mandão" e não a deixa sair, apenas com a tia. Tem medo de perdê-lo e medo dele. Ele fala que se ela for para a casa dos pais vai deixá-la. Marido não quer que ela use DIU e não quer usar camisinha.
Agressões verbais e ameaças (de jogar óleo quente, água fervendo). Há 15 anos o marido partiu para agressão física (esganadura e cuspiu 3x em seu rosto), quando decidiu se separar. Mas ele ainda viveu na mesma casa por anos.
Adolescente vítima de abusos sexuais desde a infância (3/4 anos de idade). A princípio pelo padrasto, até os 9 anos de idade, quando foi então morar com sua tia. Sua mãe apresenta graves problemas de saúde mental e atualmente vive na Bahia. A partir dos 9 anos foi então abusada sexualmente pelo ex-companheiro dessa tia, que vivia no andar de cima da casa e pelo companheiro atual da tia, que frequentava sua casa. Contou tais fatos para pastores da igreja, que optaram então por assumir seus cuidados, porém a convivência não foi satisfatória e a paciente foi então morar em abrigo. Sua tia manteve alguns contatos, porém segundo o relato do abrigo a tia tinha o intuito de que a sobrinha não prestasse depoimento confirmando os abusos pelo atual parceiro da tia. Dessa forma as visitas da tia foram suspensas. A paciente não recebe visitas e nem demonstração de interesse em ser cuidada por nenhum membro de sua família nuclear ou extensa, de forma que até o momento continua a viver no abrigo. Apresenta muitas repercussões negativas na escola e no convívio com as demais moradoras do abrigo. Chegou a ser apadrinhada por um casal, porém os padrinhos suspenderam o apadrinhamento devido aos comportamentos da adolescente "extremamente

sexualizada, relato dos abusos e muito desejo sexual".
Em maio de 2018 foi vítima de violência sexual e moral por parte de um colega de sala da mesma idade e de um amigo de 24 anos. Os dois rapazes a levaram a força para um campo de futebol perto da escola, onde foi forçada a ficar de joelhos e realizar sexo oral seguido de ejaculação, com várias pessoas assistindo a cena e com filmagem feita no celular de um dos agressores. Posteriormente, a paciente e sua família sofreram ameaças de o vídeo ser jogado nas redes, caso não fosse pago valor solicitado em dinheiro. Desde então têm medo de frequentar o centro de saúde, já que é o mesmo que atende os agressores. Mudou-se então para Porto Seguro - BA para morar com a mãe, quando sofreu ofensas sexuais por parte do padrasto.
Relata violência pontual, uma vez do genro. Atualmente não sofre violência. Reclama do CS que não tem médico e precisa de um eletrocardiograma. Espera atendimento há mais de um ano.
Marido bipolar e etilista fica agressivo quando bebe. Humilha-a, dizendo que está gorda. Já ameaçou com facão e bateu no banco do carro, dando-lhe dor nas costas.
Paciente vive com 2 irmãos etilistas pesados e informa sofrer agressão psicológica de um deles. O filho de 26 anos é usuário de drogas. Cuidadora da mãe e avó. Se sente muito sobrecarregada frente a tantas demandas.
Violência verbal e física (soco no olho) por parte do parceiro íntimo. Tem medo dele. Institucional: dificuldade de acesso na APS de Venda Nova, diz que médico da equipe tem má vontade em atendê-la.
Sexual: foi estuprada aos 16 anos de idade por vizinho caminhoneiro. Ficou grávida e o agressor deu pílula abortiva sob ameaça. Ocorreu aborto com 2,5 meses de gestação. Violência domiciliar não especificada há dois anos, por parte da sogra e do(a) parceiro(a).
Institucional: necessita psicólogo, porém na APS não consegue agendar; Psicológica: não tem namorado "família não permite". Ex-marido foi vítima de arma de fogo e hoje é aposentado por invalidez.
Paciente vítima de violência física pelo seu ex-parceiro em 2012, o que gerou fratura da cabeça do fêmur e como consequência apresenta agora dificuldade de mobilidade, usa bengala canadense e palmilha ortopédica. Queixa ainda que vizinhos a incomodam à noite com muito barulho e como trabalham no socioeducativo se sente ameaçada.
Ex-companheiro batia nela todos os dias. Procurou ajuda através da Lei Maria da Penha. Seus filhos foram retirados por motivo de alcoolismo em 2016, parece que pelo pai.
Na escola os colegas a chamam de burra e sempre a deixam de fora das brincadeiras. Mãe relata que quando criança apanhava de vara e ficava de castigo no milho. Mãe informou que sofreu violência na gravidez, pai dependente do álcool.
Institucional: analfabeta; necessita de pegar vale transporte no CRAS para vir ao Ambulatório Para Elas. Psicológica, moral e física: violência cometida pelo marido.
Paciente com filho adicto (crack) com dificuldade social. Filho não se preocupa com ela.
Institucional: uma das expectativas com relação a esse ambulatório era

<p>conseguir encaminhamento para reumatologista e gastroenterologista, já que não teve seus problemas abordados na APS e nem conseguiu encaminhamentos por essa via. Violência doméstica: agressões verbais do companheiro no primeiro casamento.</p>
<p>Paciente foi "dada" a uma família ainda na infância, informa que aos 5 anos já era "serviçal" e aos 15 anos "capataz" da fazenda. Agredida física (mordidas, arma branca, força corporal) e psicologicamente (agressões verbais) por parte da neta, há mais de um ano. A neta faz uso de drogas, se prostitui e é envolvida com traficantes.</p>
<p>Relata histórico de violências sofridas desde os 6 anos de idade até os 20, situações diversas de violências e cometidas por várias pessoas. História de intensa vulnerabilidade social na infância e adolescência. Foi abandonada na rodoviária de BH aos 6 anos de idade.</p>
<p>Sofreu agressão física dos vizinhos, que agrediam sua filha e ela intercedeu, por isso foi vítima da violência também.</p>
<p>Quando criança sofria discriminação por racismo ao ir em lojas. Violência obstétrica: seu quarto parto foi uma cesariana pelo motivo de se realizar salpingotripsia bilateral.</p>
<p>Relacionamento conflituoso com esposo (violência física, tapas no rosto e xingamentos). E xingamentos do irmão</p>
<p>Paciente sofre violência doméstica cometida por parceiro íntimo. O parceiro já a agrediu e seus 4 filhos fisicamente, bebia muito. Desde 1990 ele é cadeirante, consequência de ter sido agredido com arma branca, a esposa é quem cuida dele. Desde então mantém as agressões psicológicas, que incluem ameaças de morte. Ele não a deixa receber visitas e não gosta que ela fale ao telefone. Em 2019 saiu da casa que reside com o marido e foi morar com a filha, após acionar a lei maria da penha. Após medida protetiva marido não pode mais ligar pra ela.</p>
<p>Dificuldade de acessibilidade na UBS. Dificuldade de acesso à saúde, mas quando consegue os atendimentos não dá continuidade (posição de gozo: as receitas têm a única função de não serem seguidas pela paciente; a posição de doente mantém relações com marido e filhos de maneira a garantir algum cuidado).</p>
<p>Relacionamento abusivo de 11 anos, com agressões verbais, morais e corporais, ameaça com faca, espancamento, arremesso de substância/objeto.</p>
<p>Pai da criança era usuário de drogas, faleceu de overdose aos 22 anos de idade. A mãe visita a criança "de vez em quando". Quem cuida da criança é a avó paterna.</p>
<p>Pai da primeira filha a abandonou quando paciente engravidou. Uma das filhas é usuária de drogas, fica dias fora de casa, deixa os dois filhos crianças (netos da paciente) para que a avó cuide. O pai dos netos é usuário e traficante, está preso. Não aceita homossexualidade e transexualidade das filhas.</p>
<p>Pai via pornografia e colocava nome das filhas. Perto de terceiros o pai tratava bem, mas longe ele tratava família como um lixo.</p>
<p>Sofreu pressão para sair do emprego por parte do parceiro. Quando ele ficava nervoso ficava bem agressivo. Pai etilista pesado a agredia na infância.</p>
<p>Institucional: analfabeta, nunca estudou;</p>

<p>Aos 9 anos de idade foi abusada sexualmente pelo primo, na casa da tia. Nunca revelou o fato para ninguém. A mãe faleceu quando tinha 5 anos e sente que não foi bem cuidada pela avó materna, que a criou.</p>
<p>Estrutural e institucional: pobreza, cadastrada no bolsa família, recebe cesta básica do CRAS. Após agressões físicas do marido fez boletim de ocorrência. O marido e sua sogra denunciaram Camila ao conselho tutelar, dizendo que ela maltratava a filha do casal. O conselho tutelar deixou a criança sob os cuidados da sogra por 15 dias. Após relatório da creche e do Centro de saúde, Camila conseguiu recuperar a guarda da criança. Em relação à denúncia de agressão que sofreu do marido, nada foi feito. Chegou a voltar a estudar, mas desistiu por causa dos ciúmes do marido.</p>
<p>Sexual: vítima de violência sexual seguida de gravidez e aborto. Demais violências não especificadas.</p>
<p>Pai era “muito rígido”. Relata conflitos familiares.</p>
<p>Relacionamento conflituoso com namorado, que é perito policial e estão juntos há 6 anos. Relata ser depreciada com xingamentos e humilhações. Já foi agredida fisicamente, mas não recentemente. Na época, não fez denúncias nem exame de corpo de delito. Há 2 dias sofreu nova intimidação, fez denúncia e teme pelas consequências. Decidiu que não quer mais ficar ao lado dele.</p>
<p>Acompanha a filha que sofreu agressão. Sofreu agressão verbal e psicológica do companheiro e do genro.</p>
<p>Sofreu violência física, sexual e verbal do ex-parceiro, este paciente psiquiátrico com esquizofrenia.</p>
<p>Agressão física por parte dos pais quando criança. Marido interrompe toda hora, não respeita. Demais violências não especificadas.</p>
<p>Desde 2011, quando o filho nasceu, vive em situação de violência física, sexual e psicológica por parte do parceiro íntimo. No final de 2016, após uma briga, escondeu todas as facas, pois percebeu a intenção que o marido tinha de matá-la. O marido apresenta constante alteração de humor e agressividade (também está em acompanhamento psicológico). Não tem coragem de se separar, pois tem certeza de que ele irá matá-la se o fizer. Sofre pressão da família para se separar. Em uma das brigas, ele quase agrediu o filho de 6 anos. O marido é ciumento, possessivo e deve pensão para um filho mais novo, que tem com outra mulher.</p>
<p>Racismo: no trabalho; Institucional: não conseguiu benefício/INSS e alta vulnerabilidade social, mora em 2 cômodos; Violência Física: um filho já lhe bateu.</p>
<p>Tem uma filha de 28 anos de idade que é usuária de drogas e fica muitos dias fora de casa. Essa filha tem filhos, netos da paciente, que ficam com a avó que então é quem cuida dos mesmos. Sente-se apagada, vivendo apenas para cuidar dos netos.</p>
<p>Primeiro marido faleceu assassinado, sofreu 2 traições. Sofreu abuso sexual aos 7 anos de idade.</p>
<p>Não se alimenta com qualidade devido à dificuldade financeira. Vítima de violência física, moral, psicológica. Sem contato na sociedade, sem relacionamento com a comunidade. Sofreu violência doméstica do ex-marido. Na infância, sofreu violência sexual pelo tio.</p>

Recentemente e na infância.
Relata pouco acesso no Centro de Saúde (Betim), alta rotatividade de médicos. Dificuldade para conseguir acompanhamento longitudinal, encaminhamentos a especialistas e prevenção de câncer ginecológico. Analfabeta, nunca estudou.
Filho "iniciou no mundo das drogas" e foi assassinado após envolvimento com o tráfico, aos 22 anos de idade.
Após o parto teve depressão e foi forçada a sexo anal e oral; brigavam muito, e quando a criança estava com 11 meses, teve um aborto. Relata que o pai da criança virou outra pessoa após o nascimento da criança; além de estupro e situações de violência física (empurrou ela quando estava chorando por depressão e não conseguia dar mamadeira para a criança). Sofreu humilhações psicológicas e sexo forçado por várias vezes na relação com companheiro. Não tinha acesso às questões financeiras. A mãe do companheiro faleceu e ela assinou que renunciaria às coisas delas, com condição de pegar as roupas. Trabalhava com ele em uma lanchonete e não recebia nada, nem afeto e carinho. Desconfiou de abuso da filha quando ela passou a rejeitá-la como mãe. Atualmente, pós separação, está com muito medo de que ele possa fazer algo contra ela ou a filha, pois tem recebido ameaças.
Sofreu durante os 3 anos de convivência com o companheiro que era alcoólatra.
"Rejeitada" e espancada pela mãe na infância. Sofria bullying na escola e tinha dificuldade para aprender. Tentativa de auto extermínio aos 14 anos. Estuprada aos 15 anos, o irmão tentou defendê-la e foi esfaqueado. Aos 18 anos engravidou e foi espancada pelo companheiro, filho com 3 anos presenciou agressão. O companheiro a abandonou recentemente e está desempregada.
Violência sexual, sob ameaça de faca, na rua de madrugada há um mês. Paciente procura serviço para interrupção da gravidez resultante desse episódio.
Sobrecarga de trabalho, saturação do convívio familiar, tem que fazer muitas coisas ao mesmo tempo.
Histórico de abuso sexual e abandono familiar na primeira infância. Relatório pedagógico de maio de 2018: problemas de comportamento e convivência, não respeita autoridade, agressiva com colegas e professores. Foi expulsa de 3 escolas em 2017. Abusou sexualmente dos filhos (2, 3 e 6 anos) da mãe adotiva, roubou dinheiro e "teve relacionamento" com o pai adotivo, por isso precisou retornar ao abrigo.
Paciente informa que ex-esposo retirou seu filho dela quando este era criança, e o filho foi então criado pela madrasta. Hoje mora com o filho e informa muitos conflitos com ele. Informa ainda que ex-esposo a maltratou muito.
Sexual: aos 4 anos de idade foi molestada por um primo; Institucional: Desempregada há 3 anos (2015-2018), gerando nervosismo e compulsão alimentar; Psicológica: agressões verbais no trabalho, por colega de trabalho.
Paciente informa falta de acesso ao centro de saúde "sempre falta médico", mora em Contagem. Deseja acompanhamento da diabetes nesse ambulatório e também encaminhamento ao ortopedista.

Sofreu abuso sexual pelo pai aos 9 anos de idade. Atualmente tem má relação com pai e madrasta; começou a se cortar para aliviar angústia.
Sofreu violência da filha há 2 anos, e do parceiro recentemente.
Violência doméstica: comportamentos violentos, explosivos e traições do marido. Ele teve uma filha fora do casamento, com a colega de trabalho do filho deles.
Teve sexarca aos 36 anos, quando foi vítima de violência sexual. Aos 37 se relacionou com o atual parceiro, que a violenta. Relata abuso sexual também na infância.
Sexual: abuso sexual dos 7 aos 12 anos em casa e na escola com manipulação dos genitais sem penetração genital. Psicológica: não descrita.
Discriminação por ser idosa.
A usuária relata sofrer abusos e violência por parte do companheiro. Demonstra muita angústia em relação ao sofrimento vivido em função da violência e ameaças feitas a ela para a não revelação dos abusos de autoria do companheiro. Diz que é preciso muito sigilo pois nesse sentido percebe uma monitoração dele como forma de se proteger e disfarçar. Agressões físicas e verbais do companheiro.
Ao ser questionada sobre situação de violência paciente se emociona, chora e diz que não quer falar sobre o assunto no momento. Violência institucional (saúde): após cirurgia de retirada de nódulos mamários não conseguiu consulta para acompanhamento.
Sofrendo no trabalho
As pessoas se incomodam por ela ter olhos verdes e ser negra, acha que é discriminada, medo da discriminação devido a "cor dos olhos"
Parceiro usuário de álcool, crack, cocaína e maconha teve recaída o que gerou cenas de violência e risco de vida (força corporal/espancamento, arma branca e palavras/xingamentos). Após 10 meses de separação descobriu caso entre a irmã e o ex-marido.
Institucional: "Falta de cuidados necessários"; Psicológica: agressões verbais por parte do parceiro que a agrediu fisicamente uma vez em 2012, levando à separação de residência do casal.
Viveu em situação de violência por parceiro íntimo por muitos anos, em 2016 tentativa de auto extermínio.
Violência do companheiro da mãe que é usuário de drogas, utiliza força corporal e espancamento, arma branca, objeto perfuro cortante, palavras e xingamentos. Violência diária.
Há 29 anos, quando se separou. Agressão prévia por ex-companheiro. Quando criança, os pais prendiam muito ela em casa. Violência institucional: saúde
Sofria violência física do marido, que faleceu há 3 meses: MFC. Violência do irmão: acolhimento.
Quando nasceu os pais eram adolescentes (mãe 15 e pai 18). Pai usuário de drogas. Mãe teve outros 4 filhos com 4 parceiros diferentes. Vive com o pai e a avó paterna é quem cuida. Apresenta piora das crises de bronquite principalmente quando a mãe não comparece às visitas agendadas.

<p>História de conflitos familiares. Pais usuários de droga. Sofria violência doméstica junto com os irmãos (14 e 17 anos). Conselho tutelar interveio. Emily foi morar com a tia durante 3 anos, também era espancada por ela. Presenciava abuso de álcool da mãe, sofrendo violência verbal e física por ela.</p>
<p>Falecido marido era alcoólatra, agressivo com os filhos, um deles teve o braço quebrado.</p>
<p>Violência (física, sexual, psicologia e moral) por parte do parceiro íntimo não está descrita. "Pai sempre foi agressivo com a mãe e os filhos". Violência psicológica por parte dos irmãos: informa que cuidava do pai, mas hoje os irmãos não a deixam visitá-lo. Morava com ele, mas precisou sair de casa, os irmãos dizem que não cuidava bem do pai. Conflitos com os mesmos, por motivo de herança.</p>
<p>Casada há 38 anos. Sofreu violência psicológica (verbal) e traições do marido, o que levou a paciente a tentativa de auto extermínio. Hoje marido está doente (faz hemodiálise) e não conversam muito. Apresentou na consulta resultado indeterminado de HIV, porém não retornou.</p>
<p>Foi estuprada pelo irmão dos 7 aos 12 anos. Tentativa de auto extermínio aos 12 anos. "Fugiu de casa" e se prostituía para sobreviver. Casou-se a primeira vez aos 14 anos. Atualmente sofre violência sexual, estupro, por parte do marido.</p>
<p>Violência institucional e no trabalho: não descritas. Violência física, psicológica e moral: em situação de violência há 22 anos, pai psiquiátrico, mãe agredida, teve infância muito sofrida, "não tivemos carinho". Relata tensão diária devido a ameaças constantes.</p>
<p>Física: um episódio de violência física por parte da mãe (força corporal/espancamento). Institucional/Estrutural: mãe deixou a criança que há 6 meses mora com a avó paterna (pai ficou 4 anos sem vê-la, hoje mora perto). A mãe tinha 14 anos e o pai 17 quando a paciente nasceu. Pai é usuário de drogas e foi preso 2 vezes. A mãe hoje tem 6 filhos com parceiros diferentes. Queixa de dificuldades na escola, porém aprende rapidamente quando orientada. Escola dá visto no caderno, mas não os corrige.</p>
<p>Ex- companheiro é usuário de álcool e outras drogas, em 2016 iniciaram-se as violências por parte dele e de sua atual mulher. Recentemente entraram em luta corporal e nessa situação descobriu que o ex-companheiro abusou sexualmente do filho. Rejeição por parte da mãe e abandono do pai.</p>
<p>Trabalhava como autônoma em mercearia, que fechou após dois assaltos.</p>
<p>Violência física e psicológica sofrida durante internação no hospital, por parte de uma enfermeira. Histórico de violências sofridas ao longo da vida (psicológica, física e sexual). Na adolescência fez acompanhamento no CPP (atual CEPAI) devido conflitos intrafamiliares. Vínculo familiar frágil.</p>
<p>Mãe é soropositiva e etilista pesada. Padrasto não trabalha e é etilista. Tem medo de que o conselho tutelar tire seus irmãos, de 9 e 7 anos. Mãe a sobrecarrega, coloca muita responsabilidade.</p>
<p>Mãe assassinada em out/2018 pelo parceiro, pai assassinado em jan/2019 (usuário de drogas)</p>
<p>Relata agressões do irmão mais velho desde os 13 anos de idade. Durante as agressões ele a chama de "puta, piranha". A mãe da paciente se casou aos</p>

<p>15 anos de idade (era dependente de álcool). O pai da paciente viveu muitos anos separado da família, porém retornou após ficar desempregado. Ele é etilista pesado e agride a mãe da paciente fisicamente, também quebrava os brinquedos dos filhos. Paciente começou a se automutilar em 2018 "sob comando de vozes". Contexto de alta vulnerabilidade social.</p>
<p>Vítima de abuso sexual na infância.</p>
<p>Saiu com um rapaz que conheceu pela internet e após se encontrarem acordou no motel com sangue vaginal. Já houve outras relações abusivas, namorou com um sujeito abusador por 4 anos. Foi estuprada duas vezes por dois ex-namorados.</p>
<p>Pai era etilista pesado e agredia a mãe e a paciente.</p>
<p>Relata abuso sexual pelo tio entre seus 10-14 anos. Refere que chegou a falar com os pais e os mesmos não acreditaram nela, chegando a agredi-la dizendo que estaria mentindo. Fugiu de sua casa e veio morar em BH com uma conhecida.</p>
<p>Marido "sem paciência", evitando conversar com ele para não brigarem. Marido "foi o inferno em sua vida".</p>
<p>Violência doméstica por parte do parceiro íntimo, desde o primeiro ano de casamento. O relacionamento conjugal (35 anos) não dá certo e apesar de anos de separação de corpos o parceiro não aceita a separação. Atualmente em sua casa fica chateada com os conflitos e agressões verbais que ocorrem entre sua filha primogênita e sua neta.</p>
<p>Maltratada pelos avós na infância. Casou-se aos 17 anos e sofreu violência doméstica no casamento. Vulnerabilidade social, dificuldade financeira importante.</p>
<p>Marido falou que estava gostando de vê-la doente, porque estava mais dependente.</p>
<p>Procura nesse ambulatório atendimento cuidadoso, pois ouviu dizer que os atendimentos são de qualidade. É gestante com suspeita de diabetes gestacional, insatisfeita com o acompanhamento/comunicação no centro de saúde e no pré-natal de alto risco.</p>
<p>Bullying na escola - arremesso de objetos e xingamentos. Institucional: relata dificuldade de acesso para agendar consulta no Centro de saúde, solicita renovação de receita nesse ambulatório</p>
<p>Idosa, tem audiência agendada "para que os filhos deem mais atenção, carinho e presença". Um filho mora com ela e comete abusos, não cuida da higiene da casa, apesar de trabalhar pouco. O neto repete o comportamento do pai.</p>
<p>Agressões físicas e psicológicas do ex-marido, que mora no mesmo lote que ela. Abuso sexual do pai aos 14 anos de idade. Violência sexual por parte do primo aos 16 anos de idade.</p>
<p>Sofreu violência em Pirapora pelo cunhado. Está em casa de apoio (Tina Martins), mas se queixa de falta de privacidade e falta de alimentação adequada.</p>
<p>Contexto de alta vulnerabilidade social. Filho foi assassinado em 2015. Internações psiquiátricas e duas tentativas de auto extermínio no passado. Relata dificuldade de acesso na APS.</p>
<p>Sofreu violência sexual e agressão física em rua de seu bairro, por "vizinho ou</p>

conhecido", seguida de tentativa de autoextermínio por intoxicação exógena, quando foi atendida no Hospital Risoleta Neves e então encaminhada ao Ambulatório Para Elas.

Saiu de casa aos 11 anos de idade ao enfrentar o pai, que era alcoolista e agredia a mãe, que era submissa. Nessa idade se prostituiu. Internações psiquiátricas associadas a conflitos com esposo (sofria agressões psicológicas, físicas e morais). Atirou na amante do 1º companheiro após ser agredida enquanto estava grávida, sofreu sanção penal por 6 anos. Diversos conflitos associados ao tráfico na região em que mora, que geram insônia e medo intensos.

Institucional: se alimenta pouco devido dificuldade financeira, recebe cestas básicas. Sofreu violência física e sexual no domicílio, porém não especificada.

Assalto no local de trabalho.

Paciente sobrecarregada, sem tempo para lazer e entretenimento. Desempregada. Informa ter sofrido racismo e falta de acesso a direitos (não especificados).

Suicídio do filho há 1 mês.

Vítima de violência sexual por desconhecido em local ermo no interior de Minas Gerais, sofreu asfixia no episódio. O agressor foi preso e a paciente recebeu atendimento hospitalar na ocasião. Realizou contracepção de emergência, uso profilático de antirretrovirais e realizou sorologias para infecções sexualmente transmissíveis.

Relata ter marido alcoólatra há 20 anos, e filho também. Filha falecida há 7 meses. Submetida a ameaças do marido.

Brigas constantes em seu lar, devido ao filho usuário de drogas (ameaças).

Paciente diz que sua mãe engravidou dela aos 17 anos e sempre diz que não queria ter engravidado, o que a magoa. O pai nunca teve contato. Vive com madrinha e padrinho desde que nasceu. Aos 16 anos se envolveu com homem de 38 anos, que a enganou, mentiu que não era casado, ofereceu drogas à adolescente (cocaína) e manteve relações sexuais com seu consentimento, mas também há relato de relação sexual na qual ele ofereceu "relaxante" e ela não se recorda da relação.

Histórico de violência física e verbal por parte do pai, que é usuário de droga e álcool. Mãe moradora de rua "porque quer", também usuária de droga e álcool.

Abuso sexual aos 8 anos de idade.

Sofreu violência doméstica pelo parceiro durante 25 anos (viúva há 1 ano na ocasião do acolhimento). Assaltada aos 50 anos de idade, ocasião na qual sofreu tentativa de estupro. Há dois meses (da ocasião do acolhimento) teve sua casa incendiada pelo sobrinho, relato que este apresenta transtorno mental (não especificado). O irmão, que é usuário de drogas e agressivo, após sofrer agressão física foi internado no Hospital João XXIII. A paciente o acompanhou e nesse momento foi encaminhada para o Ambulatório Para Elas.

Apanhou muito da mãe, dos irmãos e do marido. Atualmente é cuidadora da mãe e familiares não contribuem com esse cuidado, de forma que não consegue sair para exercer atividades remuneradas e se sente sobrecarregada. Um filho foi assassinado aos 23 anos de idade.

Foi estuprada pelo tio materno aos 7 anos. Conflito com o marido todos os dias. Filha de 17 anos foi vítima de feminicídio (pelo marido desta) em 2008. Tentou autoextermínio após o assassinato da filha.
Falecimento do irmão, assassinado por arma de fogo.
Violência sexual: Em 2017, após ser drogada em uma festa, foi estuprada e ficou grávida. Chegou a ter vontade de doar a criança, mas não o fez. Não fez pré-natal. O estupro não foi registrado na polícia. Sofreu diversas ameaças do agressor durante a gestação. Desde então medo de sair de casa e não voltou a trabalhar nem a ir à igreja.
O marido a agrediu fisicamente.
Episódios de violência de gênero com namorados na adolescência. Casamento terminou há 4 anos devido relacionamento abusivo, violência verbal, moral, física e sexual. Refere angústia por seus dois filhos terem presenciado muitas situações de violência (hoje têm 4 e 7 anos). Possui medida protetiva, mesmo assim sofre violência e ameaças do ex-marido através do celular de parentes.
Paciente trabalha como garota de programa, tendo sido agredida pelo ex-marido e por parceiros do trabalho.
Violência doméstica cometida pelo marido - agressões físicas e verbais à filha e à paciente. Último episódio: agressão à filha com socos e conteve a paciente, para que não pudesse ajudar a filha. Paciente denunciou o marido, mas ele ainda não recebeu intimação.
Paciente e seu companheiro estão desempregados. A filha de 8 anos está apresentando dificuldade escolar. Relatório da escola solicitou ao centro de saúde roda de conversa para a paciente e acompanhamento para a filha, por isso centro de saúde encaminhou para esse ambulatório.
Institucional: não consegue atendimento para cuidar da saúde bucal. O dinheiro mensal que ganha como faxineira não dá. Mãe faleceu quando tinha 13 anos, foi morar com o pai, que a xingava de praga, então voltou fugida para morar com a avó.
Paciente relata ter sofrido violência moral e psicológica desde sua infância pelo pai. Descreve que era enérgico e ríspido. Quanto à violência física sofrida na rua, não há descrição.
Desempregada, tem 7 filhos e 3 netos. Abuso sexual na infância pelo pai. Agressões do ex-marido.
Paciente moradora do Granja de Freitas. Divorciada do ex-marido militar, que hoje está preso "porque fez merda". Vive em apartamento em área de ocupação, que comprou do seu primo "que ao vender agiu de má fé" e recentemente recebeu intimação para desocupar o imóvel "para onde vou com meus 3 filhos?".
É assistente social do Hospital das Clínicas da UFMG. Está com sobrecarga de trabalho, fazendo serviço além do horário. Colega vê que está bem e quer prejudicar. Injustiças.
Foi estuprada pelo irmão em 2014.
Murro no ouvido esquerdo. Marido controlador, agressivo (verbal).
Passou por uma situação de alienação parental, carrega culpa por ter saído de um relacionamento abusivo. Violências por parte do ex-companheiro e do filho ou filha (não especificado).

Institucional/Estrutural: é analfabeta e desempregada. Tem medo de sair de casa, pois o bairro onde mora é muito violento. Sofre racismo por parte da vizinha devido aos filhos serem negros e à sua origem "baiana preguiçosa";
Marido se queixa de sua obesidade há cerca de 5 anos, quando deixou de usar aliança, ordenando que a paciente emagrecesse os 30 quilos que engordou.
Pai alcoólatra a agredia na infância.
Física, psicológica e moral: por parceiro íntimo, porém não descrita. Institucional: falta de acesso a cuidados ginecológicos. Filha faleceu de overdose aos 11 anos de idade.
Criança com dificuldade escolar, trouxe relatório da escola. Dificuldade para conseguir acompanhamento do caso e agendamento de exames na Atenção Primária. Mãe trabalha durante o dia e estuda a noite. Criança passa o dia com o avô (que tem perda auditiva importante e déficit cognitivo).
Abuso sexual pelo padrasto em 2015.
Sofreu violência do companheiro por 30 anos. A filha sofre violência física e psicológica do companheiro, genro da paciente.
Violências não descritas, está sob medida protetiva.
Psicológica no trabalho: o patrão a humilha, diz que é pau mandado ao respeitar a opinião dos clientes. Sexual, psicológica e moral: foi abusada dos 8 aos 13 anos por vizinho. Foi estuprada, engravidou e fez aborto em out/2016.
Passou por várias situações de abandono desde seu nascimento pela mãe.
Veio a esse ambulatório para acompanhar a filha, que foi agredida pelo companheiro. Teve os netos retirados pelo conselho tutelar. Contexto de alta vulnerabilidade social.
Violência não descrita, apenas identificadas no acolhimento: sofreu violência física e psicológica na infância, por parte do pai e violência psicológica e sexual por parte do parceiro.
Alta vulnerabilidade social: veio ao ambulatório para participar da roda de conversa e das oficinas, está muito preocupada pois está grávida e tanto ela quanto o companheiro estão desempregados.
Teve documentos retidos por funcionário de uma faculdade, ao solicitar orientações jurídicas sobre como conseguir pensão por morte do marido. Não conseguiu fazer isso e por isso veio solicitar orientações no Para Elas.
Falta de acesso à medicação, aposentadoria. Início de quadro depressivo após morte violenta de um dos filhos.
Quando vivo, marido era alcoólatra e a agredia verbalmente.
O tio abusa dela tocando em sua vulva.
Não possibilidade de realizar o aborto desejado de forma segura.
Relação conflituosa com o companheiro desde o início da relação, com agressões por 3 anos (até o momento da consulta). No momento grávida do segundo filho desse companheiro e sob medida protetiva.
Violência doméstica há 10 anos, incluindo xingamentos, uso de arma branca, espancamento, e arremesso de objetos. Ainda, sofre violência sexual dormindo.
Sofreu abuso sexual três vezes durante a infância, sem especificar o autor. Relata também "exposição sexual da mãe".

<p>O padrasto há tempos falou que colocaria fogo nela. Obs.: tem brigas com irmãos e o pai se coloca do lado deles e a xinga. Morar com o pai tornou-se um tormento. Ela se sente muito triste e "já pensou em tirar a própria vida porque estava se sentindo muito mal".</p>
<p>Devido a conflitos familiares a adolescente relata que quando fica nervosa tem vontade e realiza o ato de arranhar-se com as unhas no rosto, barriga, braços ou mordendo os dedos da mão.</p>
<p>Sofreu racismo na igreja, por conhecido. Sua mãe foi assassinada por volta dos 50 anos de idade.</p>
<p>Aos 6 anos de idade sofreu violência sexual (não especificada). Primeiro casamento aos 12 anos de idade, com homem de 27 anos. No segundo casamento houve graves violências, sendo o episódio mais grave quando foi arrastada pela rua "mas eu mereci, ele não tinha culpa, porque eu bebia muito e o traiu". Marido a traiu.</p>
<p>Sofre muita agressão verbal por parte do marido alcoólatra, ameaças de ser expulsa de casa, mora de favor. Tentativa de autoextermínio +- 1 ano. Relação abusiva, não conta nada para a família. Foi agredida fisicamente pelo marido.</p>
<p>Relação conflituosa com um dos irmãos, com o qual se desentende muito. Agressões são verbais, já recorreu a denúncias e ao juizado de pequenas causas, bem como o CRAS.</p>
<p>Sofreu agressões morais/psicológicas por parte do pai desde infância até adolescência. Sua filha de 5 anos sofreu abuso sexual pelo ex-companheiro da paciente e pai da criança. Suspeita que a filha mais velha também tenha sofrido abuso do mesmo, devido queixa de ardência na região genital.</p>
<p>Violência doméstica (física, moral e psicológica) pelo parceiro íntimo. Alta vulnerabilidade social, etilista pesada. Desempregada, faz bicos e é catadora de latinhas/reciclagem. Não tem condições de boa alimentação, moradia e dificuldade para arcar com custos de medicamentos.</p>
<p>Sofreu violência psicológica e sexual por parte do esposo. A proprietária não assinou os recibos, cortou a água e a luz. Deu queixa na polícia, pois perdeu tudo que tinha na geladeira, sentiu-se humilhada. Era assediada. Irmã a abandonou por conta da profissão: "não havia lugar para ela na casa". Ajudou a comprar a casa e não tinha para onde voltar. Relata abandono familiar, especialmente por parte do pai.</p>
<p>Abuso sexual na infância, por parte do filho do patrão do pai, na casa do patrão.</p>
<p>Violência sexual suspeitada após mudança de comportamento e agressividade (não confirmada). Suspeita após criança matar patos a pedradas, pintinho e afogar cachorro. Fruto de gravidez indesejada (mãe 16 anos e pai 28). Mãe tentou abortar com chás, família a obrigou a casar com o pai do paciente. Brigas frequentes dos pais, violência psicológica e física, criança presencia. Criança relata sofrer agressão física dos pais, com chinelos e correia. Na escola os amigos puxam seu cabelo e sua blusa, colocam apelidos. Agrediu colega na escola e ficou suspenso por alguns dias.</p>
<p>Sente que desequilibra emocionalmente com a volta as aulas (Estudante de medicina no internato). Curso pesado, carga horária exaustiva, ambiente denso.</p>

Foi estuprada e engravidou de gêmeos. Realizou aborto e hoje sente muita culpa (católica). Ex-genro suicidou.
Agressão durante a infância devido a paralisia que sofreu em decorrência da poliomielite.
Dificuldade de acessibilidade UBS. Relata necessidade para ser acompanhada com ginecologista.
Rompeu com esposo após ameaças, agressões físicas e torturas psicológicas, que ocorreram desde o início do casamento, que durou aproximadamente 18 meses. Paciente desde os 14 anos fez acompanhamento psiquiátrico, ficou internada algumas vezes, chegou a realizar eletroconvulsoterapia e usou muitas medicações. Considera uma violência institucional tantos tratamentos, acredita que foi rotulada pelos serviços de saúde.
Ex-companheiro ateou fogo na paciente.
Violência doméstica enquanto foi casada com militar, durante 12 anos (física, moral, psicológica, patrimonial). Após separação ele "ficou" com seu carro e caso está na justiça. A filha é negra e sofre racismo. Institucional: informa falta de médico no centro de saúde.
"Sofri no meu primeiro casamento muita violência doméstica". Se separou e criou os filhos sozinha. Foi traída muitas vezes e depois abandonada pelo companheiro. "Marido despreza seu valor como mulher".
Discussão séria com filha e neta em 2015, que gerou intervenção judicial. "Palavras que vem que você não espera, machucam muito".
Casamento com um militar com história de violência física e verbal.
Contexto de alta vulnerabilidade social. Paciente em acompanhamento no CERSAM devido uso nocivo de álcool. Os três ex-companheiros a agrediam física e psicologicamente (eram etilistas). Dois de seus quatro filhos estão abrigados por alegação de abandono e uso abusivo de álcool por parte da paciente. Afirma ter vindo ao Para Elas por uma "exigência" do abrigo. Sente-se muito entristecida à noite pela falta das crianças, que estão há 3 meses no abrigo.
Desde que conheceu seu marido há mais de 20 anos. Relata ser um objeto do marido. Foi atacada e ameaçada com arma de fogo. Ainda é ameaçada de morte e se sente escravizada. Não pode ter amigos e é constantemente vigiada.
Foi abusada sexualmente aos 4 anos de idade (agressor não especificado).
Violência patrimonial: buscou ajuda nesse ambulatório para receber dinheiro emprestado ao ex-companheiro (4.000,00). Demais violências não descritas.
Aos 14 anos, foi chamada de "sapatão" pela patroa. Esposo também era agressivo. Pensa em se retratar com a agressora, com quem ainda tem contato.
Foi estuprada dos 5 aos 7 anos de idade pelo tio, na casa da tia; Aos 14 anos de idade sofreu estupro por conhecido, na rua.
Violência moral e psicológica desde a infância, por parte da irmã e com o apoio da mãe. Excluída de todos os eventos familiares. Perdeu a guarda da filha adotiva "devido sua condição de saúde".
Violência doméstica "durante toda a vida foi assim": parceiro íntimo etilista e agressivo, autoritário nas decisões do casal, informa agressões físicas e

<p>verbais. Há 2 meses (logo antes de iniciar participação no Projeto Para Elas) iniciou processo de separação e se mudou de casa.</p>
<p>Quando se casou, “passou mal pedaço”, ele não a deixava ir aos lugares, inclusive visitar a mãe, que faleceu. Batia nas crianças “para corrigir” e ela não aceitava e o agredia para defender os filhos.</p>
<p>Sofreu violência sexual aos 5/6 anos e aos 11 anos de idade, por vizinhos.</p>
<p>Ex-marido abusava da neta de 2 anos e então foram expulsos da casa que morava com a filha. Foi acolhida por um irmão. Ao ser revelado o ex-marido ameaçou de morte a filha, o genro e a paciente. Sofreu estupro marital durante os 19 anos de casamento. Em um episódio mais recente foi vítima de violência sexual por parte de um conhecido durante uma viagem.</p>
<p>Arremesso de objetos ou substâncias.</p>
<p>Violência estrutural/institucional: paciente viúva, sustenta os 3 filhos adultos com um salário-mínimo. Um filho foi assassinado aos 17 anos de idade. O filho mais velho apresenta transtorno mental e uso de substâncias ilícitas, nunca trabalhou e estava sem tratamento médico, até que a paciente chamou a polícia e o Centro de Saúde retomou tratamento (medicação injetável mensal + acompanhamento). O filho mais novo está detido na penitenciária de Bicas. A filha ficou desempregada por 3 anos e recentemente conseguiu novo trabalho.</p>
<p>Institucional: paciente e sua família são atendidas pela Equipe de Proteção Social Básica da Política e Assistência Social da Regional Noroeste de BH (serviço pelo qual foi encaminhada). Paciente relata ter dificuldade de acesso à serviço de saúde mental/psiquiatria. Em situação de violência doméstica por parceiro(a) íntimo - física e psicológica.</p>
<p>Violência doméstica: uma filha faleceu há 10 anos e então a paciente ficou responsável por cuidar do neto, que é transexual. Relata que ele passar por enfrentamentos diariamente devido aos seu gênero e orientação sexual e que isso gera muitos conflitos em casa. Refere ainda que seu "maior problema de violência" é com uma filha, com brigas, ofensas e xingamentos por parte dela.</p>
<p>Foi rejeitada pela mãe, que queria um filho homem e então abandonada propositalmente pelos pais biológicos. Foi achada por ciganos e submetida a trabalho escravo. Aos 9 anos foi estuprada por um trabalhador na fazenda. Vítima de racismo no seu primeiro emprego como babá. Violência doméstica, física, pelo companheiro durante todo o casamento (hoje viúva).</p>
<p>Veio ao ambulatório com expectativa de conseguir remédios e suporte financeiro para propiciar cuidado com a filha, que tem epilepsia/neurocisticercose. Se sente tratada de forma diferente (pior em comparação a outros funcionários) no trabalho.</p>
<p>Institucional: vulnerabilidade financeira, família acompanhada pelo CRAS, paciente analfabeta. Violência doméstica: filho agressivo, faz agressões verbais e ameaças contra a mãe. Ele é pai de dois adolescentes, porém não cuida dos mesmos e sobrecarrega a paciente. Está desempregado.</p>
<p>Violência doméstica (física, psicológica, moral, sexual e patrimonial) por parte do parceiro íntimo durante todo o casamento (27 anos), separada ao chegar nesse ambulatório. O mesmo já colocou fogo no quarto. Institucional: nunca teve acompanhamento para saúde mental. Mora com 2 filhos e 1 neto de 6</p>

anos. Os dois filhos que vivem com a paciente estão desempregados e não a ajudam.
Institucional: alta vulnerabilidade social, já passou fome. Apanhava muito dos pais, principalmente do pai, que era etilista pesado, "batia até sangrar" e fazia ameaças com arma de fogo. Foi abandonada pelo primeiro companheiro aos 24 anos e idade, quando engravidou. Filho caçula usuário de álcool e drogas, a agride psicologicamente e foi ameaçado por traficantes. O marido (2º companheiro, falecido) a agredia fisicamente durante o casamento.
Conflito com a filha, devido ameaças que sofreu precisou acionar a polícia, fazer B.O. e colocá-la para fora de casa.
Institucional/ Estrutural: dificuldade para comprar medicamentos para tratamento de psoríase; Filho envolvido com drogas, quando ele está na rua não dorme, com medo de que a polícia o mate, tem pesadelos com isso.
O filho de 31 anos foi encontrado morto na prisão (enforcado), dizem que foi suicídio, porém paciente não acredita. Sofreu agressão física por parte de irmão ou irmã em seu domicílio (gênero não identificado).
Força corpora, espancamento; arma de fogo; arma branca; objeto perfuro cortante; palavras e xingamentos; "fogo"; marido assassinado na sua frente.
Violência doméstica: marido etilista, foi agredida fisicamente, moralmente e psicologicamente por anos.
A criança relata que tem 3 amigos (2 meninas e 1 menino) "que mexeram na minha pererequinha". O menino namora uma das meninas e "pediu pra namorar com ela". Em conversa com a mãe ela relata que a paciente assiste filme erótico através do google voz.
Refere violência obstétrica não especificada, física, moral e psicológica, por parte dos médicos que a atenderam durante trabalho de parto. Filho faleceu 43 dias pós parto.
Vulnerabilidade social alta. Dois filhos faleceram, eram "envolvidos com drogas", um por IAM e outro por homicídio.
Separada do marido que oferece poucos recursos para os seus netos (filhos de sua filha). A mesma filha sempre relata que quer dar cabo/sumir da vida.
Violência doméstica: agredida física e psicologicamente pelo marido durante o casamento (1976-2002). Institucional: dois netos "envolvidos com drogas", um deles foi assassinado em abril/2018, aos 22 anos.
Vulnerabilidade social, grande dificuldade financeira familiar. Paciente acredita ter problemas de saúde devido ao estresse vivido, relata dificuldade e insatisfação com acompanhamento no Centro de Saúde, pela alta rotatividade de médicos e também pelo tipo de atendimento, que acredita ser insuficiente mesmo quando há profissionais.
Violência doméstica: agredida física e psicologicamente pelo marido etilista pesado (52 anos de casamento) e atualmente pelo filho, que é dependente de álcool e não trabalha nem ajuda em casa (mora atualmente apenas com esse filho e marido mora na casa de outros filhos).
Paciente relata conflitos com marido etilista, agressões físicas, sexuais e verbais e psicológicas.
Agressões morais/psicológicas por parte do parceiro íntimo, 15 anos mais velho que a paciente, que também abusou sexualmente de duas filhas do casal durante infância. Abusador preso há 6 anos, depois que uma das filhas

<p>escreveu redação na escola. Relato de que ele é frio, agressivo, tem histórico de estelionato, roubo e que sofre tentativa de homicídio por parte de seu próprio pai.</p>
<p>Sua equipe no centro de saúde não tem médico;</p>
<p>Assume a criação do neto que foi gerado pela filha na adolescência, que após o nascimento do filho resolveu viver a vida com rotatividade de parceiros e uso abusivo de drogas. O mesmo comportamento foi adotado pelo pai da criança. O neto tem diagnóstico de TDAH. Sente-se culpada quando o neto vai ficar com o pai. Situações de violência por parte do marido. Informa perdas familiares de forma violenta.</p>
<p>Já houve agressão do ex-companheiro, há 37 anos. No contexto: Segundo filho foi assassinado por motivos de envolvimento com drogas. O terceiro filho foi baleado pelo neto, aquele foi submetido a cirurgia e vive com bolsa de colostomia.</p>
<p>Sofreu violência física e psicológica do ex-marido. Mora em favela, seu filho era usuário e foi assassinado. "Muitas humilhações, a própria família a discriminava, por morar na favela. Vizinhos são agressivos comigo". "Acusação de vizinhos e familiares quanto ao comportamento dos filhos".</p>
<p>Violência sexual sofrida na infância praticada pelo tio.</p>
<p>Filho, etilista pesado, agrediu a paciente fisicamente.</p>
<p>Ex-genro vem ameaçando a filha e toda família de morte, após a separação, Há 15 dias da data do 1º acolhimento. Teve 2 filhas roubadas na maternidade.</p>
<p>Falta de acesso a serviços.</p>
<p>Mãe abandonou a paciente com 2 filhos e seus irmãos mais velhos.</p>
<p>Institucional: desempregada, contexto de alta vulnerabilidade social, dificuldades financeiras, necessita de cesta básica. Sofreu violência moral e psicológica por parte do vizinho, que é guarda municipal, ameaçou e colocou arma de fogo na cabeça do seu filho adolescente, ficou nervosa e foram detidos. Relata falta de acesso no posto de saúde, acredita que sofreu discriminação por parte dos profissionais da UBS, por estar em crise, sem medicação e por ter perdido receita. Violência psicológica por parte do ex-marido, que falou que era um lixo, uma carcaça, ele a abandonou há 3 anos e desde então não falou mais com os filhos. Ex-marido quebrou sua clavícula. Não paga pensão para os filhos (13 e 16 anos). É cuidadora de uma tia, que a acusou de roubar roupa de cama, se sente humilhada.</p>
<p>Agredida fisicamente, moralmente e psicologicamente pelo parceiro íntimo, que já a espancou e que se relaciona sexualmente com amigas e irmãs da paciente.</p>
<p>Irmão usuário de drogas a violenta.</p>
<p>É agente comunitária de saúde e relata violência verbal por parte dos usuários do serviço de saúde.</p>
<p>Física Sofreu do marido 1 vez e também sofre do filho que mora com ela e é usuário de drogas. / Racismo: sofreu no posto de saúde. /Institucional: contexto de alta vulnerabilidade: 1 filho morto pelo tráfico com 5 tiros. Outro filho cometeu feminicídio da esposa e se matou em seguida.</p>
<p>Sintomas de depressão e ansiedade relacionados ao papel e rotinas de dona de casa, mãe e esposa. Agora acostumando que alguém tem que ajudar em</p>

<p>casa, achava que era obrigação sua, sentia mal se alguém ajudasse. Algumas mágoas do casamento, ainda chora, mas não quis falar.</p>
<p>Tentativa de estupro por parte de um namorado quando tinha 20 anos. Institucional: informa que tem glaucoma, mas não consegue agendar oftalmologista na rede. Agressões verbais por parte da irmã, que a chama de bastarda (é filha de outro pai).</p>
<p>Violência patrimonial não descrita. Psicológica: ex-marido a depreciava e xingava em casa, fazia o mesmo com os filhos. Ano passado, após pedir a separação, Maria Rita foi se apresentar com o coral em outro município, o ex-marido a seguiu e a intimidou ao ponto de outras pessoas sentirem medo também. Depois disso pediu medida protetiva. Ele a segue de longe, faz ameaças através dos filhos, que também são seguidos por ele.</p>
<p>Violência moral e psicológica por parte do parceiro íntimo (44 anos). Aos 14 anos de idade um homem se masturbou na sua frente.</p>
<p>Violência e estupro por parte do pai e vizinho. Atualmente violência moral e psicológica por parte do filho (usuário de drogas).</p>
<p>Violência moral: foi vítima de corrupção por parte de um colega de trabalho "como laranja". Sofreu violência moral por parte da empresa.</p>
<p>Estrutural e institucional: de família muito pobre e sem recursos para cuidar de todos os filhos adequadamente, aos seis anos de idade a mãe biológica a entregou para mãe adotiva. A mãe adotiva era trabalhadora de serviço de saúde, no qual a mãe biológica fazia tratamento para tuberculose.</p>
<p>Há um ano.</p>
<p>Queixa-se de série de violência doméstica durante todo o casamento, sofrendo também retenção patrimonial, sendo a mais significativa em abril de 2018 quando foi expulsa de casa pelo marido, que realiza constantes ameaças de morte. Força corporal; arma branca; palavras e xingamentos.</p>
<p>Alta vulnerabilidade social: relata que alguns filhos foram presos no passado.</p>
<p>Contexto de alta vulnerabilidade social, paciente acompanhada pela UBS, CRAS e Conselho Tutelar. 39 anos, na 11ª gestação. Teve bolsa família suspenso devido "indisciplina no cuidado com os filhos". Não recebe a pensão dos filhos, aguarda determinação da justiça.</p>
<p>Violência doméstica cometida pelo parceiro íntimo, física e psicológica. "Ele me humilhava, arrumou mulher na rua, mora perto. Ele tem coragem de me tratar do jeito que tratou, perdi a confiança". Ele diz que paciente não serve para nada, pra conviver com ninguém. Não conseguiu se separar e foi ele quem terminou o relacionamento.</p>
<p>Marido com uso nocivo de álcool. Filho com uso nocivo de drogas ilícitas (crack, maconha, cocaína, ecstasy) e em regime de reclusão, aguardando julgamento por roubo de carro e moto, relata medo e insegurança em relação ao filho. Além disso, filha agrediu o marido da paciente algumas vezes.</p>
<p>Déficit cognitivo, porém nunca recebeu benefício/auxílio; nunca trabalhou.</p>
<p>Mora no mesmo lote que a família do ex-marido e foi agredida fisicamente pelo ex-cunhado. Outros cunhados também a ameaçam, querem que ela saia do local.</p>
<p>Força corporal e espancamento, palavras e xingamentos no início do casamento. Histórico de discriminação e violência urbana (assalto).</p>
<p>Em situação de violência familiar, diante de um marido que não entende estar</p>

passando por período de declínio de suas funções cognitivas, e mesmo tendo sempre tido um temperamento violento, agora se mostra muito mais explosivo, tendo ameaçado a paciente inclusive com armas brancas. Explosões de ciúme infundado, ameaças e humilhações recorrentes.
Falsa acusação. Teve que retirar a roupa para revista por um segurança do local. Obs.: Suponho que seja em uma instituição de detenção, mas não há mais informações no prontuário sobre esta violência. E relata dificuldade de acesso a consulta ginecológica.
Paciente relata que após o falecimento da mãe, em 2016, conheceu o parceiro íntimo que desde então comete agressões verbais, força relações sexuais e tomou bens materiais.
Sofreu violência física (arremesso de prato) e psicológica pelo ex-marido, processo de separação difícil, ele não quer sair de sua casa. Já sofreu violência verbal por parte do padrasto e sofreu assalto a mão armada em seu local de trabalho.
Tia manipula região genital da criança. Relatou ativamente.
Buscou o ambulatório a fim de acessar serviço de saúde (mora em Ribeirão das Neves). Relata dificuldade financeira para se alimentar, desempregada. Vive com duas filhas, 24 e 21 anos, também desempregadas. Tem dificuldades para vir ao ambulatório, devido custos das passagens.
Sofreu violência sexual e de outros tipos na infância e adolescência.
Agressão corporal/espancamento.
Mãe a abandonou na infância. Apanhava do tio na infância. Relação conflituosa com o marido, ex-trafficante. Foi espancada pelo tráfico necessitado de cuidados no CTI do Hospital João XXIII. Filha de 1 e 9 meses está abrigada há aproximadamente 1 ano, sob a justificativa por ela narrada de que o pai da criança pertence ao tráfico.
Não foi consultada para o processo de abrigamento da filha de 5 anos.
Buscou o Ambulatório Para Elas com a expectativa de conseguir tratamento fisioterápico para dor no ombro, pois não conseguiu acesso em outras instituições.
Estupro pelo noivo aos 16; expulsão de casa aos 16 por estar grávida; múltiplas agressões, era amarrada e espancada por horas, marido jogou água quente em seu ouvido; perdeu a visão do olho esquerdo e função adequada do rim esquerdo devido a agressões do irmão; proibida de alimentar.
Violência doméstica por parte do parceiro íntimo (física, moral, psicológica). Atualmente separada, sofre ameaças da atual mulher do ex-marido.
Abuso sexual por parte do pai, que está preso.
Recebia carícias em partes íntimas pelo marido da tia; força corporal.
Falta de acesso a cuidados e a direitos sociais quando criança. A mãe foi assassinada quando ela tinha 8 anos e irmã foi estuprada aos 11 anos.
Desempregada, fez bicos como cantineira, porém não a pagaram.
Irmão a queimava com cigarro. Disputa de herança.
Em 2000 foi baleada pelo ex-companheiro. Sofreu violência moral no trabalho (pela chefia) há 40 dias. Queixa de não conseguir acesso ao angiologista via centro de saúde.
Institucional: desempregada e família com dificuldades financeiras; Violência

doméstica: física, psicológica e moral por parte do parceiro íntimo, porém não descritas.
Processo de divórcio litigioso em 2016, sente-se ameaçada pelo ex marido, estão brigando pela guarda dos filhos (16 e 12 anos). Desde 2016, em decorrência desse processo, trata transtorno depressivo.
Traumas devido a violência sexual na infância.
Sofreu violência sexual (molestado pelo irmão por parte de pai, além de sofrer xingamentos e beliscões por parte desse irmão também. Atualmente suspeita de hiperatividade. Frequentava psicólogo particular, mas devido dificuldades financeiras da família buscaram esse ambulatório
Violência sexual: por desconhecido, na rua, quando tinha 10 anos de idade. Violência por parceiro íntimo (física, psicológica e sexual): as agressões começaram na gravidez, um soco, tapa, se ele bulia e se o contrariava. Teve fratura na costela e TCE leve. Na época das agressões não denunciou. Ha um ano se separou e ele a seguiu no ônibus.
Violência física, moral e psicológica por parceiro íntimo: marido tinha ciúmes, batia, ameaçava com arma. Casou-se com ele porque o pai quis. Violência moral no trabalho: patroa falava que as coisas sumiam; Violência psicológica por parte do filho, que é usuário de drogas, é agressivo, xinga, maltrata e a manipula emocionalmente.
Negligência: paciente idosa em sofrimento importante relacionado aos filhos, sentindo-se profundamente sozinha e desamparada. Não fala com uma filha há 3 anos, sente que fica muito tempo sozinha e não se alimenta bem.
Abuso sexual na infância (7 anos) por conhecido em sua vizinhança e na vida adulta, aos 37 anos, no transporte público. Diz do abuso que sofreu, mas que "não aconteceu"; "eu não lembro se ele chegou a tirar minha roupa ou não, mas o irmão dele chegou e impediu". "Ele tocou a paciente", diziam os meninos e "eu sentia a vergonha". Na escola diziam que eu tinha um pênis, nunca namorei. Sei que masturbar é um pecado.
Ameaças do ex-companheiro, agressões físicas, medo constante. Está sob medida protetiva. Violência por parte da mãe não descrita.
Abuso sexual pelo pai; agressões físicas pelo ex-marido.
Violência doméstica por mais de 28 anos.
Sofreu agressão por parte do namorado, que tem comportamento possessivo. Está sob medida protetiva.
Agressões físicas e verbais do irmão. Família briga muito.
Sofreu violência física, psicológica e sexual do pai na infância. Sente raiva e não consegue perdoar. Violência por parceiros íntimos não descrita.
Agressão pelos netos; filha retirou neto que criou por 12 anos.
Quando tinha 9 anos recebeu facadas do pai; Abuso sexual na infância. Marido assassinado. Filho preso.
Violência doméstica durante o casamento (40 anos);
Parceiro a agredia fisicamente até a filha mais nova fazer 2 anos, após esse período foram mantidas as agressões psicológicas e morais. Casamento durou 27 anos, atualmente em processo de separação litigiosa, possui medida protetiva.
Violência institucional: mãe de trigêmeos de 17 anos, dois deles sob medidas

socioeducativas. Ansiedade, insônia, dores e medos que relaciona ao uso de drogas e envolvimento com a criminalidade por parte dos filhos. Violência psicológica e moral: por parte de pai e vizinho ou conhecido, em seu domicílio e no shopping.

Institucional: desempregada, recebe bolsa família, contexto de alta vulnerabilidade social, há dias nos quais não tem o que comer em casa. Sexual e psicológica: quando tinha 5 anos, por parte da irmã, quando tinha 14 anos por parte de um desconhecido e com 36 anos de idade, por parte do tio. Uma filha morreu com 1 mês de vida.

Institucional: perdeu a mãe aos 8 anos, trabalhava e dormia na casa dos outros. Violência doméstica (psicológica e física): marido que trai, ele tem outra mulher e filho de 13 anos com ela. Tem medo de que o marido a mate e que mate seus filhos (já tentou). Depende financeiramente do marido.

Violência doméstica (física, psicológica e moral) por parte do parceiro íntimo, há 37 anos. Há 6 anos marido começou com a tortura e foi piorando. Ciúme obsessivo. Agressões verbais. Ele chegava à noite pressionando, ficava na expectativa e na tensão.

Ameaça do ex-companheiro com cacetete. Assalto a mão armada com consequências psicológicas: não sai de casa por medo.

Dificuldade de prosseguir acompanhamento com ginecologista no CS, que está sem médico.

Paciente vive com um sobrinho (23 anos) que é usuário de drogas, não trabalha e a agride verbalmente. A irmã da paciente engravidou desse sobrinho aos 15 anos, deixou o filho com a avó, que veio a ter Alzheimer, então o sobrinho voltou a morar com a mãe. Nessa ocasião foi abusado pelo padrasto, porém a mãe continuou com o agressor. Sobrinho se automutilava. Paciente diz não ter tempo para cuidar de si, devido ao tempo gasto para cuidar do sobrinho e aos transtornos que o mesmo causa.

Abuso sexual na infância pelo avô, sem muito detalhamento; agressões físicas e traições pelo atual parceiro, envolvendo força corporal e espancamento. Sintomas de ansiedade após situação de agressão física do atual marido.

Sofreu violência física pelo parceiro (agora ex), que gerou medida protetiva. Repetidas violências psicológicas por parte do ex parceiro, com ameaças, inclusive com arma de fogo, ele não aceita término do relacionamento. Medo de sair de casa e ser agredida por ele. Já sofreu discriminação no trabalho (racismo).

Institucional: "Meu trabalho era uma forma de violência, fui ser garota e programa por necessidade." Parceiros íntimos violentos: já levou 17 facadas. Abuso sexual pelo pai na infância, dos 8 até os 10 anos de idade.

Abusada sexualmente pelo tio aos 5 anos de idade. Queixa-se de dificuldades em relação à própria sexualidade, aponta como fator de interferência a vivência de trauma sexual na infância.

Recebeu e fez sexo oral em outros colegas da escola. A mãe ficou sabendo e o agrediu fisicamente. Na escola violência física e verbal por parte dos colegas (comete e sofre). Escola faz relatório com foco nos problemas comportamentais (agitado, teimoso, não respeita ordens, dificuldade de concentração, de aprendizagem, memorização e organização), mas nada diz a respeito do contexto socio familiar. A mãe engravidou dele quando tinha 37

anos e o pai 27 anos. Pai não aceitou a gravidez, brigavam muito na época: ciúmes da mãe e vários episódios de infidelidade do pai. Sofreu muito na gravidez e teve pré-eclâmpsia.

Violência do parceiro íntimo (psicológica, moral e patrimonial): agressões verbais; paga as dívidas do marido até hoje, é "estelionatário com mulheres e carros". Quando se casou "era pra ser eterno". Não queria largar o marido, segurou por medo de ficar sozinha, achava que ele ia melhorar. Foi muito sofrimento, perdeu amigos por causa dele. Marido tinha baixa de espermatozoides e adotaram uma filha.

Machismo/sobrecarga de trabalho. Trabalhava na escola, se aposentou, mas agora é mais sobrecarregada. Tem 3 filhos e cria mais 4. Um deles é adolescente e usa drogas. Faz almoço para 10 pessoas (casa e oficina onde trabalham marido e filhos), fica muito cansada e ansiosa, não pode falar nada, fica presa dentro de si. Tem que controlar alimentação e medicamentos do marido que tem diabetes. Gostaria de ter mais habilidades, mas é podada. Não pode ter seus compromissos devido aos trabalhos domésticos. Cuida de 4 netos.

Tripla carga de trabalho: é cuidadora de idosos e ao chegar em casa é cuidadora do marido (que sofreu 4 AVEs). Violência psicológica no trabalho não especificada. Sem receber benefício/auxílio do marido.

Contexto de alta vulnerabilidade social, família acompanhada pelo CRAS. Mora de favor nos fundos da casa da irmã. Irmã, mãe e pai etilistas pesados. Mãe faleceu quando tinha 3 anos de idade, não se lembra de ser tratada com carinho. O sobrinho (40 anos) que mora em frente grita e a agride com xingamentos. Irmã que a criou a agride psicologicamente, humilha, diz que não tem competências.

Medo dentro de casa, devido relação com o pai, com agressões verbais.

Violência doméstica por parceiro íntimo, ficaram juntos 19 anos e terminou relacionamento.

Antes do marido adoecer. Ele joga na cara que eu não cuido dele. Sente-se humilhada, a chama de prostituta.

Foi casada duas vezes. Primeiro marido, com quem foi casada 13 anos, cometia violência psicológica, a traía e era viciado em jogo. Segundo marido, com quem foi casada 2 anos, a quebrou financeiramente. O ajudou, pagou alianças, o ajudou a tirar carteira, comprou celular pra ele, o sustentou. Ele bebia ficava torturando-a psicologicamente por mensagens. Não a deixava usar short. Tem raiva por tê-lo colocado dentro de casa e medo de como vai ser o futuro sem dinheiro. Informa que cuidou do pai e teve decepção, pois este contou que a mãe o batia, gastou 7.000 reais com o pai, os irmãos ficaram de repor o dinheiro, mas não o fizeram. A mãe a colocou pra trabalhar desde os 12 anos de idade.

Marido alcoólatra, filho dependente. Perderam o respeito por ela. Agressão verbal.

Irmão morreu assassinado em 2011, foi ela quem encontrou-o ensanguentado. Mãe fala que a culpa foi sua, sempre a humilha, fala que está gorda, que não sabe tocar violão, que os outros têm casa, carro, casamento. Sente-se um lixo, pois ela fica culpando-a. A vida toda ela a agrediu. Irmão a tratava como cachorro. Nas brigas dos pais, entrava na frente da mãe e recebeu 2 murros do pai.

Tinha vida independente, mas quando passou a estar dependente da cocaína e das pessoas com as quais se envolvia era agredida e não tinha consciência disso. Teve 3 relacionamentos abusivos e no último teve um surto e ao se defender do companheiro o agrediu, pois enxergou que o relacionamento estava agressivo e abusivo. Atualmente vive isolada e constrangida.
Violência doméstica há 13 anos pelo parceiro íntimo; Agressões verbais pelo irmão.
Sobrecarga por cuidar dos filhos sozinha. Violência doméstica por parceiro íntimo.
"Não tem acesso a saúde"
Má adesão ao CS à dificuldade de marcar consulta. Relata casamento de 9 anos com companheiro que a humilha, domina, a desautoriza frente aos filhos e a provoca violência psicológica, segundo ela justificando seu discurso se referindo à Deus. Desejo de separação amigável, mas vê impossibilidade diante da personalidade do companheiro. Os dois filhos sofrem com alienação parental, com o pai diminuindo e desautorizando a mãe, os filhos não têm grande referência com relação a ela. Medo de ele tomar seus filhos.
Em 2014 o filho foi assassinado por PAF em seu domicílio. Suspeita de o autor do crime ser policial. O outro filho, após a morte do irmão, começou a usar drogas e ter surtos de vingança. Sente que o posto de saúde não valoriza suas queixas em relação à violência.
Foi assaltada a mão armada em sua residência no dia 14/08/17 e notícia de trauma por arma de fogo com desfecho fatal (filho de um amigo).
Violência doméstica psicológica e sexual por parceiro íntimo enquanto foi casada, dos 16 aos 42 anos. Ele a agrediu fisicamente em 2012, quando fez B.O. e ficou sob medida protetiva. Sente culpa devido a filha não conseguir "achar o caminho na vida", pela situação de violência familiar.
Após retirada de tumor na perna E e consequente seqüela física aos 12 anos de idade, sofreu agressões verbais e psicológicas ao longo da vida "perna podre". Queixa pouca assistência dos familiares devido ao problema. Mora em um quarto dentro da casa da irmã e vive com a renda da pensão do filho, de 200,00.
Foi atingida por bala perdida
Histórico de violência sofrida pelo ex-companheiro e pelo estigma da sua doença (HIV).
Aos 11 anos foi estuprada pelo vizinho que frequentava sua casa, ficou grávida e gestação foi interrompida. Ficou revoltada, usou drogas e foi responsabilizada por todos pelo ato.
Analfabeta; veio buscar apoio psicológico para lidar com situação de violência em sua família: filha foi esfaqueada e estuprada.
Institucional: dificuldade financeira para comprar alimentação adequada (HAS e DM) e para comprar medicação para o filho (esquizofrênico). Psicológica: os filhos foram amordaçados e estuprados, um com 5 e outro com 6 anos, crianças quase foram mortas.
Tentando engravidar, teve 5 perdas fetais com 5-6 meses de gravidez entre 2006 e 2017. Em 2012 sofreu AVC pós parto. Frustrada. A sogra falava que todos lhe davam netos menos ela. Lhe cobravam que não tinha engravidado.

Sentia-se muito culpada. Falavam que ela não tinha cuidado, que foi por sua culpa que o bebê tinha morrido.
Violência doméstica: sofre agressões verbais constantes do marido: "Lúcifer, desgraça, vagabunda". Sofreu agressão física por parte dele em 2014 e fez B.O. na ocasião. O marido então iniciou ameaças verbais. Xingamentos, ameaça ir embora, "pressão psicológica", entre outros. As brigas são constantes e as crianças ficam envolvidas e afetadas. Muito estressada, diz quase enlouquecer com as ameaças, solicita um ansiolítico para ficar mais calma. Tem receio de expor sua situação na roda de conversa e o marido tomar conhecimento. Patrimonial: o pai de sua filha está entregando em mãos pensão alimentícia com valor menor do que deveria. Institucional: não tem dinheiro para vir às sextas feiras no ambulatório e precisa de auxílio com a passagem. Estrutural: tem se sentido muito exausta por cuidar sozinha da casa e das crianças. Marido não divide as tarefas. Existe uma questão religiosa forte, no sentido de como deve ser a estrutura familiar. Marido sempre se queixa da falta de carinho na infância.
Institucional: grave dificuldade financeira, inclusive para transporte até o Projeto Para Elas. Desempregada há anos. Violência doméstica: violência psicológica por parte do parceiro íntimo em relacionamento que durou 16 anos (separada). Informa sofrer agressões também por parte do filho do casal (9 anos) e de sobrinhos.
Paciente idosa sofre violência psicológica por parte do filho. Sente-se humilhada, desvalorizada, sozinha e abandonada em casa.
Relata violência verbal do marido. Já foi agredida pelo marido, muitos conflitos familiares. Marido lhe deu um chute e quebrou o queixo. Ele a agride com palavras, ameaças. Espancamento do filho pelo pai, com denúncia.
Institucional: idosa com hipoacusidade visual importante, porém com dificuldade para realizar cirurgia de catarata em seu município (contagem). Informa falta de acesso e alta rotatividade de médicos, dificuldade para consultas e acompanhamento, no Centro de Saúde Pedra Azul (Contagem). Sua irmã mais nova foi sufocada e morta pelo marido.
Força corporal, espancamento - palavras - estupro
Palavras e xingamentos, sem caracterização da violência física.
Violência doméstica: agressões verbais não especificadas pelo pai e companheiro; Institucional: teve a casa invadida por policiais devido problemas do filho, que ficou preso. Isso trouxe estresse, nervosismo e sobrecarga. O filho é irresponsável e não cuida das suas filhas.
Vítima de violência sexual (abuso) por desconhecido na rua. Atribui humilhações ao pai, mãe, madrasta e ex-marido, que bebem muito.
Violência doméstica física por parte do companheiro. Quando criança, sua mãe era muito rígida e não reconhecia nada de bom nela; Discriminação por racismo no trabalho (Doméstica/babá/cozinheira); Violência institucional/estrutural: vive de favor, está desempregada, tem barraco de 2 cômodos em uma ocupação. Um filho foi assassinado há 10 anos e outro ficou preso por 2 anos. Suas filhas engravidaram com 12 anos de idade.
Violência institucional: paciente comparece ao ambulatório para tratar e esclarecer condição crônica de saúde, referindo não conseguir acesso na atenção primária. Violência sexual: primeira gestação aos 11 anos de idade.

Violência doméstica: pelo companheiro, casada há 40 anos. Esposo agressivo, bebeu durante todo o casamento. O esposo sofreu amputação de MMII devido complicação de diabetes, porém continuou agressivo e já a machucou com as muletas. Já a tentou sufocar com travesseiro e não a deixa almoçar. Também sofre agressões do neto de 12 anos.

Adolescente com muita dificuldade de falar. Não quis especificar a forma com a qual as violências do pai foram cometidas. Procurou a professora e a polícia para pedir ajuda.

Em 2014 a filha (na época tinha 12 anos) sofreu abuso por parte do cunhado da mãe (irmão do pai da criança). A violência ocorreu na casa da sogra. O cunhado vendia fotos e vídeos de sua filha. Ele foi preso. Sente culpa e raiva pelo que aconteceu.

Mãe foi embora (out/2017), desde então desenvolveu medo de morrer, medo das pessoas e das doenças.

Violência psicológica por parte do parceiro, com agressões verbais e xingamentos. Este era etilista pesado e faleceu durante o acompanhamento da paciente no Ambulatório Para Elas.

Institucional: paciente buscou esse ambulatório para iniciar acompanhamento pré-natal (porém este deveria ser realizado no centro de saúde). Física e Psicológica: por parte do pai, porém não descrita no prontuário.