

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

Doriana Ozólio Alves Rosa

**VIOLÊNCIA PROVOCADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO:
prevalência e fatores associados em usuárias da atenção
primária à saúde em região metropolitana de Belo
Horizonte, Minas Gerais, Brasil**

Belo Horizonte
2013

Doriana Ozólio Alves Rosa

**VIOLÊNCIA PROVOCADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO:
prevalência e fatores associados em usuárias da atenção
primária à saúde em região metropolitana de Belo
Horizonte, Minas Gerais, Brasil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Medicina Preventiva e Social

Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

Belo Horizonte

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-reitora

Profª. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gómez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Coordenadora

Profª. Dra. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora

Profª. Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Representantes Docentes

Elza Machado de Melo

Andréa Maria Silveira

Elizabeth Costa Dias

Antônio Leite Alves Raddichi

Eliane Dias Gontijo

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Maria da Conceição J. Werneck Cortes

Joaquim Antônio César Mota

Cristiane de Freitas Cunha

Victor Hugo de Melo

Débora de Carvalho Malta

Luiz Henrique Duczmal

Luiz Alberto Gonçalves

Izabel Christina Friche Passos

Marta Maria Alves da Silva

Dedico este trabalho ao meu filho Daniel, que me inspira a ser uma pessoa melhor todos os dias. Para você, filho tão amado, desejo-lhe um mundo mais justo e menos violento.

Com amor, Mamãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus inteligência suprema causa primária de todas as coisas, pelo Dom da Vida, pela oportunidade de crescimento e pela conclusão de mais uma etapa.

Ao meu Professor Orientador Dr. Victor Hugo de Melo, por sua paciência, e principalmente pela ternura com que desempenhou seu trabalho, exigindo na medida correta, respeitando os meus limites e me motivando a ir mais longe.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais, Mércia e José Ricardo, e aos meus irmãos, Flávia e Ricardo, presenças essenciais durante toda a minha existência, e corresponsáveis pelo que sou hoje.

Ao meu companheiro de jornada, meu grande amor, Márcio, por compreender minha ausência durante os últimos dois anos.

À Professora Dr^a. Elza Machado Melo, por compartilhar seus conhecimentos e sua alegria no trabalho de pesquisa. Sua crença na vida e nas pessoas é de fato emocionante.

A Renata Ramos, minha companheira na caminhada do Mestrado, com quem dividi angústias, medos, muito trabalho e agora, conquistas!

A toda equipe da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica*, pelo empenho, dedicação e companheirismo.

Aos familiares de Mato Grosso: Tio Dagmar, Mamá e Bethânia, pelo suporte técnico e, é claro, pela disponibilidade em ajudar.

À minha amiga Talita Munick, por suas “*horas escravas*” dedicadas ao projeto.

A Synara, pelo incentivo fundamental, no início desta caminhada.

E a todas as mulheres participantes desta pesquisa, que, por se mostrarem, permitiram que este estudo pudesse ser realizado.

*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”*

Albert Einstein

A Lei Maria da Penha Em Cordel

Autor: Tião Simpatia

*A lei Maria da Penha
Está em pleno vigor
Não veio pra prender homem
Mas pra punir agressor
Pois em “mulher não se bate
Nem mesmo com uma flor”.*

*A violência doméstica
Tem sido uma grande vilã
E por ser contra a violência
Desta lei me tornei fã
Pra que a mulher de hoje
Não seja uma vítima amanhã.*

*Toda mulher tem direito
A viver sem violência
É verdade, está na lei.
Que tem muita eficiência
Pra punir o agressor
E à vítima, dar assistência.*

*Tá no artigo primeiro
Que a lei visa coibir;
A violência doméstica
Como também, prevenir;
Com medidas protetivas
E ao agressor, punir.*

*Já o artigo segundo
Desta lei especial*

*Independente de classe
Nível educacional
De raça, de etnia;
E opção sexual...*

*De cultura e de idade
De renda e religião
Todas gozam dos direitos
Sim, todas! Sem exceção
Que estão assegurados
Pela constituição.*

*E que direitos são esses?
Eis aqui a relação:
À vida, à segurança.
Também à alimentação
À cultura e à justiça
À saúde e à educação.*

*Além da cidadania
Também à dignidade
Ainda tem moradia
E o direito à liberdade.
Só tem direitos nos “as”,
E nos “os”, não tem novidade?*

*Tem! Tem direito ao esporte
Ao trabalho e ao lazer
E o acesso à política
Pro Brasil desenvolver*

*E tantos outros direitos
Que não dá tempo dizer.*

*E a lei Maria da Penha
Cobre todos esses planos?
Ah, já estão assegurados
Pelos direitos humanos.
A lei é mais um recurso
Pra corrigir outros danos.*

*Por exemplo: a mulher
Antes da lei existir,
Apanhava e a justiça
Não tinha como punir
Ele voltava pra casa
E tornava a agredir.*

*Com a lei é diferente
É crime inaceitável
Se bater, vai pra cadeia.
Agressão é intolerável.
O estado protege a vítima
Depois pune o responsável.*

*Segundo o artigo sétimo
Os tipos de violência
Doméstica e familiar
Têm na sua abrangência
As cinco categorias
Que descrevo na sequência.*

*A primeira é a física
Entendendo como tal:
Qualquer conduta ofensiva*

*De modo irracional
Que fira a integridade
E a saúde corporal...*

*Tapas, socos, empurrões;
Beliscões e pontapés
Arranhões, puxões de orelha;
Seja um, ou sejam dez
Tudo é violência física
E causam dores cruéis.*

*Vamos ao segundo tipo
Que é a psicológica
Esta merece atenção
Mais didática e pedagógica
Com a autoestima baixa
Toda a vida perde a lógica...*

*Chantagem, humilhação;
Insultos; constrangimento;
São danos que interferem
No seu desenvolvimento
Baixando a autoestima
E aumentando o sofrimento.*

*Violência sexual:
Dá-se pela coação
Ou uso da força física
Causando intimidação
E obrigando a mulher
Ao ato da relação...*

*Qualquer ação que impeça
Esta mulher de usar*

*Método contraceptivo
Ou para engravidar
Seu direito está na lei
Basta só reivindicar.*

*A quarta categoria
É a patrimonial:
Retenção, subtração,
Destruição parcial
Ou total de seus pertences
Culmina em ação penal...*

*Instrumentos de trabalho
Documentos pessoais
Ou recursos econômicos
Além de outras coisas mais
Tudo isso configura
Em danos materiais.*

*A quinta categoria
É violência moral
São os crimes contra a honra
Está no código penal
Injúria, difamação;
Calúnia, etc. e tal.*

*Segundo o artigo quinto
Esses tipos de violência
Dão-se em diversos âmbitos
Porém é na residência
Que a violência doméstica
Tem sua maior incidência.
E quem pode ser enquadrado*

*Como agente/agressor?
Marido ou companheiro
Namorado ou ex-amor
No caso de uma doméstica
Pode ser o empregador.*

*Se por acaso o irmão
Agredir a sua irmã
O filho, agredir a mãe;
Seja nova ou anciã
É violência doméstica
São membros do mesmo clã.*

*E se acaso for o homem
Que da mulher apanhar?
É violência doméstica?
Você pode me explicar?
Tudo pode acontecer
No âmbito familiar!*

*Nesse caso é diferente;
A lei é bastante clara:
Por ser uma questão de gênero
Somente à mulher, ampara.
Se a mulher for valente
O homem que livre a cara.*

*E procure seus direitos
Da forma que lhe convenha
Se o sujeito aprontou
E a mulher desceu-lhe a lenha
Recorra ao código penal
Não à lei Maria da Penha.*

*Agora, num caso lésbico;
Se no qual a companheira
Oferecer qualquer risco
À vida de sua parceira
A agressora é punida;
Pois a lei não dá boqueira.*

*Para que os seus direitos
Estejam assegurados
A lei Maria da Penha
Também cria os juizados
De violência doméstica
Para todos os estados.*

*Aí, cabe aos governantes
De cada federação
Destinarem os recursos*

*Para implementação
Da lei Maria da Penha
Em prol da população.*

*Espero ter sido útil
Neste cordel que criei
Para informar o povo
Sobre a importância da lei
Pois quem agride uma rainha
Não merece ser um rei.*

*Dizia o velho ditado
Que “ninguém mete a colher”.
Em briga de namorado
Ou de “marido e mulher”
Não metia... Agora, mete!
Pois isso agora reflete
No mundo que a gente quer.*

RESUMO

A violência é hoje um dos maiores problemas de saúde no mundo: 1,6 milhão de mortes/ano e mais de 16 milhões de internações hospitalares/ano estão associadas à violência. Essa situação, apesar de grave, constitui apenas a ponta do iceberg, pois a esses números visíveis correspondem muitos outros invisíveis, envolvendo lesões leves que não demandam cuidados de saúde e não são notificadas ou aquelas que permanecem ocultas em virtude dos padrões culturais ou dos vínculos existentes entre vítima e agressor – como é o caso da violência doméstica. A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo e é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, estados civis, escolaridade ou raças. As mulheres experimentam, ao longo de suas vidas, vários tipos de violência e abusos, como agressões do tipo verbal, física e sexual, que podem ser cometidas pelo parceiro ou ex-parceiro, familiares, conhecidos ou estranhos. As consequências da violência sofrida pela mulher corporizam-se em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, dificultando que a mulher vivencie a igualdade humana e social de forma plena. Grande parte da violência contra a mulher é perpetrada pelos parceiros íntimos, sendo definida como comportamento em uma relação íntima que provoque dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. Devido à própria natureza da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados. O presente estudo está aninhado na pesquisa “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”, coordenada pelo Núcleo de Saúde e Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, realizado no Município de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em julho de 2012. Foram entrevistados 954 sujeitos, profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde daquele município. A coleta de dados se deu através da aplicação de questionário semiestruturado. Os dados foram codificados e digitados, com dupla entrada, e analisados utilizando-se o software SPSS. O objeto deste estudo foi a mulher usuária da Atenção Primária à Saúde, recrutadas a partir das 53 Unidades Básicas de Saúde e de 5 Unidades Básicas de Referência existentes neste município. A abordagem metodológica escolhida foi a análise quantitativa e a amostra representativa de 470 mulheres (calculada com erro de 5%). Foram

realizados os testes Qui-quadrado e Razão de chances. Optou-se pela apresentação do trabalho final sob forma de dois artigos: I) *A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo* foi submetido à *Revista Femina* e constitui um artigo de revisão da literatura sobre os tipos de violência contra a mulher, com enfoque na violência provocada pelo parceiro íntimo. II) *Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*, que será submetido posteriormente. Nele são apresentados os resultados e análise das entrevistas realizadas na pesquisa de campo. Esta pesquisa teve como objetivos investigar a ocorrência de violência contra a mulher, especificamente a provocada por parceiro íntimo; caracterizar suas dimensões: violência física, verbal/moral/psicológica e sexual; traçar o perfil da mulher vítima e investigar se há fatores de risco para a violência. Os resultados apontaram para uma triste realidade em que um número expressivo de mulheres são vítimas de violências provocadas por seus parceiros. Baixa escolaridade, idade, problemas de saúde e enxaqueca são fatores de risco para a violência. Os achados reiteram estudos anteriores quanto à magnitude e sobreposições das violências por parceiro íntimo.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência de gênero. Violência doméstica. Mulheres maltratadas. Maus-tratos conjugais. Atenção básica.

ABSTRACT

The violence is now one of the biggest health problems in the world: 1.6 million deaths / year and more than 16 million hospitalizations / year are associated with violence. This situation, though serious, is just the tip of the iceberg, because these numbers correspond many other invisible visible, involving: minor injuries that do not require health care and are not reported, or those that remain hidden because of cultural patterns or the links between victim and perpetrator - as is the case of domestic violence. Violence against women occurs worldwide, and is a phenomenon that affects women of different social classes, origins, marital status, educational level or race. Women experience throughout their lives, various types of violence and abuse, such as verbal aggression type, physical and sexual, which may be committed by a partner or ex-partner, family, acquaintances or strangers. The consequences of violence suffered by women embody in disorders biological, psychological, moral and social, making it difficult for women to experience human equality and social in full. Much of the violence against women is perpetrated by intimate partners, this is defined as behavior within an intimate relationship that causes physical, sexual or psychological harm, including acts of physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and intimidating behaviors. Due to the nature of intimate partner violence, the occurrence and impacts are underestimated. The present study is nested in research "Program Health Promotion and Violence Prevention in Primary Care" coordinated by the Center for Health and Peace, the Department of Social and Preventive Medicine, Federal University of Minas Gerais, held in Ribeirão das Neves, metropolitan region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, in July 2012. We interviewed 954 individuals, professionals and users of primary health care that county. Data collection occurred through the application of semi-structured questionnaire. Data were coded and typed with double entry and analyzed using SPSS software. The object of this study was women users of Primary Health Care, recruited from 53 Basic Health Units and 5 Units Basic Reference existing in this municipality. The methodological approach chosen was a quantitative and representative sample of 470 women (calculated with 5% error). Tests were chi-square and ratio chances. Optou by the presentation of the final form of two articles 1) Violence against women caused by intimate partner, underwent *Femina* magazine and is a review article of the literature on the types of violence against women,

focusing on the violence provoked by the partner íntimo. II) caused by intimate partner violence: prevalence and associated factors among users of primary health care in the metropolitan region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil which will be submitted later. In it are presented the results and analysis of the interviews conducted in the research field. This research aimed to investigate the occurrence of violence against women, specifically caused by intimate partner violence; characterize its dimensions: physical violence, verbal / moral / psychological and sexual, a profile of women victims and investigate whether there are risk factors for violence. The results pointed to a sad reality where a significant number of women are victims of violence caused by their partners. Factors such as low education, age, health problems and migraines are risk factors for violence. The findings confirm previous studies regarding the magnitude and overlapping of intimate partner violence.

Keywords: Violence against women. Gender violence. Domestic violence. Battered women. Marital abuse. Primary care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características demográficas e socioeconômicas das mulheres entrevistadas em Ribeirão das Neves, Minas Gerais	63
TABELA 2 - Autopercepção de saúde das mulheres entrevistadas	64
TABELA 3 - Violências sofridas, nos últimos 12 meses, pelas mulheres entrevistadas, nas dimensões: física, verbal, psicológica ou moral e sexual...64	64
TABELA 3A - Violências provocadas pela mulher entrevistada e suas vítimas	65
TABELA 4 - Atos emocionalmente abusivos praticados pelo parceiro íntimo, ou ex-parceiro, relatado pelas mulheres entrevistadas.....	65
TABELA 4 A - Violência física praticada contra a mulher pelo parceiro íntimo, ou ex-parceiro, relatado pelas mulheres entrevistadas	66
TABELA 4 B - Violência sexual contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro, relatado pelas mulheres entrevistadas	66
TABELA 5 - Análise univariada para a ocorrência de VPI psicológica, referida pelas mulheres entrevistadas.	67
TABELA 5 A - Análise univariada para a ocorrência de atos emocionalmente abusivos praticados pelo parceiro íntimo, referido pelas mulheres entrevistadas	68
TABELA 6 – Análise univariada de ocorrência de violência física moderada praticada pelo parceiro íntimo	69
TABELA 6A - Análise univariada de ocorrência de VPI física grave	70
TABELA 7 - Análise univariada de ocorrência de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo	71
TABELA 8 - Análise univariada de ocorrência de superposição de violências contra a mulher praticadas pelo parceiro íntimo	72
TABELA 8A - Análise univariada de ocorrência de sobreposição de violência física em grau moderado e grave	72

LISTA DE SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CF – Constituição Federal

CID – Classificação Internacional de Doenças

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ONGs – Organizações Não Governamentais

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Programa de Atenção à Saúde Integral da Mulher

PAIR – Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBR – Unidade Básica de Referência

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	18
1.1 Definição de violência.....	20
1.1.1 A Violência Contra a Mulher.....	21
2 JUSTIFICATIVA.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos	26
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	27
3.1 Revisão da Literatura.....	27
3.2 Campo de Estudo.....	27
3.3 Sujeitos do Estudo.....	28
3.4 O Instrumento.....	28
3.5 Técnica para a Coleta de Dados	31
3.6 Tratamento e Análise dos Dados.....	32
3.7 Aspectos Éticos	32
4 RESULTADOS.....	33
4.1 Artigo I.....	33
4.2 Artigo II.....	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
APÊNDICE B – RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO CAMPO DE PESQUISA DE RIBEIRÃO DAS NEVES MINAS GERAIS.....	84
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS EM GERAL.....	88
APÊNDICE D – INSTRUMENTO – QUESTIONÁRIO APLICADO EXCLUSIVAMENTE PARA AS USUÁRIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS.....	89
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COEP	90
ANEXO B – CÓPIA DA ATA DA DEFESA	91
ANEXO C – FOLHA DE APROVAÇÃO	92

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A violência é hoje um dos maiores problemas de saúde, no Brasil e no mundo. Os dados são contundentes: no mundo, mais de 1,6 milhão de mortes/ano e mais de 16 milhões de internações hospitalares/ano estão associados à violência; mais de 4.000 pessoas morrem, por dia, por homicídio ou suicídio. (WHO, 2008; MELO, 2010).

No Brasil, foram registrados 48.032 homicídios no ano de 2005 e, no período de 1991 a 2005, morreram 615.495 pessoas por homicídio e 102.672 por suicídio (DATASUS, 1990-2005). No período 1998-2007, foram 7.309.607 internações hospitalares, por causas externas, gerando um alto custo aos cofres públicos. (DATASUS, 1998-2007).

Também é conhecido o fato de que essa situação, apesar de grave, constitui apenas o que se chama a ponta do iceberg, pois a esses números visíveis correspondem muitos outros invisíveis, envolvendo lesões leves que não demandam cuidados de saúde e não são notificadas, ou aquelas que permanecem ocultas em virtude dos padrões culturais ou dos vínculos existentes entre vítima e agressor – como é o caso da violência doméstica –, ou em virtude do medo, quando está envolvido o tráfico de armas e de drogas; e ainda aquelas situações de difícil mensuração, ou percepção, como, por exemplo, a violência psicológica. (MELO, 2010; DATASUS, 1998-2007; BRASIL, 2005; OMS, 2002).

Por tudo isso, a violência tem importante impacto na saúde: além do grande número de eventos fatais, ela provoca danos físicos – lesões de diferentes tipos, além de síndromes crônicas, como dores crônicas e cólon irritável; problemas de saúde reprodutiva e sexual, como infertilidade, doenças inflamatórias da pelve, gravidez indesejável. (WHO, 2004).

Cefaleias, distúrbios psicológicos, como depressão, ansiedade, fobias, pânico, síndrome de estresse pós-traumático, doenças psicossomáticas e problemas relacionais – dificuldades de relacionamento, baixo rendimento escolar, dificuldades no trabalho também são atribuídos aos danos provocados por esse fenômeno. (LEE *et al.*, 2009; WHO, 2004; CONCHA-EASTMAN, 2007; GALHEIGO, 2008).

Também se associa com alterações comportamentais, como uso de álcool e drogas, tabagismo e inatividade física - com novos desdobramentos para a saúde - e com tentativas de suicídio. (WHO, 2008; MELO, 2010).

Mas o impacto da violência não se restringe aos danos individuais: é funesta a consequência da violência para o sistema de saúde – com ocupação dos leitos, demanda por procedimentos mais sofisticados e gastos aumentados (MELO, 2010; DATASUS, 1998-2007) e para a sociedade, não somente pelos prejuízos econômicos – provocados pela ausência no trabalho e pela perda de anos de vida potencialmente produtivos – como pelo alto custo emocional que marca vítimas, famílias e comunidades. (WHO, 2008; MELO, 2010; DATASUS, 1998-2007).

Não por acaso, o tema faz parte da agenda da saúde e várias são as formas de sua institucionalização no setor:

- Programa de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PAISM).
- Promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2006); resultante de ampla mobilização social da qual participaram os profissionais de saúde, em 1990.
- Reconhecimento formal das reivindicações do movimento feminista e inclusão do tema violência na pauta da OPAS como problema de Saúde Pública (OPAS, 1994).
- Inclusão das causas externas de morbimortalidade na Classificação Internacional das Doenças (CID-10, 1996).
- Instituição do Plano de Ação de Prevenção da Violência contra Crianças e Adolescentes pelo CONASEMS em parceria com a UNICEF, em 1998.
- Criação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, PAIR (BRASIL, 2002).
- Promulgação no Brasil da Política de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2004).
- Implantação da notificação obrigatória por profissionais de saúde de violências e maus-tratos contra crianças e adolescentes (PORTARIA 1968/2001).

A violência contra a mulher tem chamado cada vez mais a atenção, e tem provocado discussões em diversos âmbitos da sociedade, na busca de melhor compreensão desse fenômeno e para estabelecer estratégias de prevenção e erradicação desse tipo de violência. (MELO, 2010; WHO, 2008).

As mulheres experimentam, ao longo de suas vidas, vários tipos de violência e abusos, como agressões do tipo verbal, física e sexual, que podem ser cometidas pelo parceiro ou ex-parceiro, familiares, conhecidos ou estranhos. (MELO, 2010; WHO, 2008).

Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo mostra uma triste realidade: a cada dois minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente no Brasil, sendo que mais de 2 milhões são espancadas por ano no país, 175 mil por mês, quase 6 mil por dia, 243 por hora, 4 a cada minutos e 1 a cada 15 segundos. A cada 4 minutos uma mulher é violentada em sua própria casa, e 90% dos casos de violência contra a mulher são cometidos por pessoas de seu convívio. Mais de 40% das agressões resultam em lesões corporais graves ou morte. (ABRAMO, 2010).

O Disque 180 é uma central de atendimento telefônico da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres cujo objetivo é receber relatos de violência contra as mulheres.

Entre 2006 a 2009 a Central de Atendimento à Mulher (Disque 180) registrou 923.878 atendimentos em todo o país. Cerca de 1/3 do total de atendimentos é de busca por informações sobre a violência doméstica e familiar. Dos relatos de violência contra a mulher, registrados nesse mesmo período, 43% dos agressores são os próprios companheiros. (BRASIL, 2009).

A violência contra a mulher em todas as suas formas – doméstica, psicológica, física, moral, sexual, patrimonial, institucional, tráfico de mulheres – é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças.

As consequências da violência sofrida pela mulher corporizam-se em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, dificultando que a mulher vivencie a igualdade humana e social de forma plena.

1.1 Definição de violência

É possível definir a violência de muitas maneiras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 2002, a violência como

o uso da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. (DAHLBERG; KRUG, 2002).

A OMS relaciona a intenção com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. Amplia a natureza do ato violento para além da força física, incluindo os atos que resultam das relações de poder, ameaças e intimidação. (DALBERG; KRUG, 2007).

De acordo com a OMS, a violência pode ser categorizada em relação aos tipos de violência e quanto à natureza dos atos violentos. (OMS, 2002).

Há três grandes categorias de tipos de violência conforme as características de quem cometeu o ato de violência. São elas:

- Violência autoinfligida ou praticada contra si mesmo.
- Violência interpessoal: subdivididas em duas categorias: violência familiar e de parceiro e violência comunitária.
- Violência coletiva.

Quanto à natureza dos atos violentos, estes podem ser de ordem física, sexual, psicológica ou por privação ou negligência.

1.1.1 A Violência Contra a Mulher

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo e atinge mulheres dentro e fora da família, podendo causar danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e óbitos, além de problemas psicológicos causados indiretamente pela agressão, como transtornos mentais. Estima-se que a violência doméstica provoque mais mortes em mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. (OMS, 2009).

De acordo com a OMS, a violência é a décima causa de morte de mulheres em todo o mundo (WHO, 2008). Esse dado, somado ao fato de que a violência é uma causa de morte evitável, já aponta para a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para o enfrentamento da violência.

A violência doméstica e familiar contra a mulher é um fenômeno trazido à tona pelos movimentos sociais de mulheres. É entendida aí por qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual e psicológico, e dano moral ou patrimonial, no âmbito doméstico ou familiar ou em quaisquer relações afetivas íntimas. (BRASIL, 2006).

A vitimização da mulher no espaço conjugal foi um dos maiores alvos da atuação do movimento feminista, que, nos últimos 50 anos, vem denunciando os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão. Problemas que permaneciam silenciados, guardados como segredos do âmbito privado passaram a ter visibilidade social. (MINAYO, 2004).

Assim, no final da década de 60, a partir de vários estudos sobre as relações familiares, a violência doméstica passou a ter visibilidade como problema social e de saúde pública, exigindo respostas e passando a ser objeto de intervenção do Estado. (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Estima-se que, no Brasil, cerca de 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica, ou seja, a cada 15 segundos, uma mulher brasileira é agredida. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

É no âmbito doméstico que acontece a maior parte das situações de violência vivenciadas pelas mulheres. No Brasil, em 2011, em 70% dos registros de atendimentos realizados em mulheres vítimas da violência, o local do incidente foi a própria casa da vítima. (WAISELFISZ, 2012).

Entre os anos de 1980 a 2010, foram assassinadas mais de 92 mil mulheres no Brasil, e, entre estas, quase 45 mil mulheres foram mortas somente na última década. O Brasil ocupou o sétimo lugar entre 84 países, com taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres, entre os anos de 2006 a 2010, configurando-se como um país de elevado número de femicídio. (WAISELFISZ, 2012).

O fenômeno da violência contra a mulher perpassa todas as classes e segmentos sociais. Entretanto, os riscos são maiores em espaços geográficos de condições sociais menos favorecidas e de maior desigualdade social. (WAISELFISZ, 2012).

Grande parte da violência contra a mulher é perpetrada pelos parceiros íntimos e, apesar da magnitude do problema, muitas mulheres não relatam seu problema e não procuram ajuda. Dessa forma, a violência contra a mulher se

mantém como um problema oculto, embora muitas vidas sejam extintas. (OMS, 2009).

Define-se como violência de gênero qualquer comportamento, em uma relação íntima, que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação, como, por exemplo, atos de agressão física, abusos psicológicos, relações sexuais forçadas e atitudes controladoras. (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

A violência por parceiro íntimo é definida como comportamento dentro de uma relação íntima que provoque dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. (OMS, 2012).

Devido à própria natureza da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados. (OMS, 2012).

Estudo realizado pela OMS em diversos países revelou que entre 15 a 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas. (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

A violência pelo parceiro pode ser fatal, como demonstraram alguns estudos internacionais: entre 40 a 70% dos homicídios femininos são praticados por parceiros íntimos. (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

No entanto, antes de serem assassinadas, é provável que as mulheres tenham sofrido violência durante grande parte de suas vidas, sem encontrar alternativas para encerrar esse ciclo.

Em relação aos custos da violência contra a mulher por parceiro íntimo, alguns estudos relataram grande impacto econômico, pois as mulheres vítimas desse tipo de violência procuram mais os serviços médicos; realizam mais consultas para tratamento de possíveis traumatismos; relatam mais procura pelo serviço de saúde mental e são mais propensas a retirar folgas do trabalho para o tratamento de traumatismos referentes à violência provocada por seus parceiros. (DALBERG; KRUG, 2007; OMS, 2012).

A violência contra a mulher, atualmente, é uma temática que faz parte do cotidiano da sociedade civil, das políticas públicas e de algumas legislações, o que representa grande avanço se compararmos com os anos anteriores. Para chegar até

aqui, foi percorrido um longo percurso, em que vários obstáculos tiveram que ser vencidos.

O movimento feminista e a revolução sexual provocaram importantes transformações no mundo moderno, no que diz respeito a direitos e deveres da mulher, implicando melhora da condição feminina, nos últimos três séculos, nos âmbitos público e privado.

2 JUSTIFICATIVA

A violência é um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade e impõe ao sistema de saúde abordagens diferenciadas e complexas. A mulher sofre de forma mais aguda o impacto desse problema na sua vida social, profissional, familiar, afetiva, sexual e biológica.

O envolvimento do setor saúde com a abordagem do tema da violência é essencial, pois esse fenômeno atinge fortemente a saúde das pessoas, provocando adoecimento e morte da população.

Embora seja necessário desenvolver a promoção da saúde em todos os espaços do setor saúde, é na atenção primária que ela encontra, por excelência, suas possibilidades de efetivação, porque é aí que a vida se desenrola, em seus múltiplos, complexos e cotidianos movimentos, e é aí que os atores sociais – usuários e profissionais, sujeitos da produção da saúde – podem se encontrar e agir cooperativamente, no franco exercício de sua autonomia, condição indispensável, no nosso entendimento, para se pensar qualquer prática de saúde e com muito mais razão, a de promoção de saúde. (MELO, 2005; MELO, 2008).

Incorporada, junto com as demais ações de recuperação, prevenção e reabilitação da saúde, ao conceito de integralidade, função-chave da atenção primária, a promoção de saúde representa estratégia central de inversão do modelo de atenção à saúde, necessária à realização dos demais princípios doutrinários do SUS, universalidade e equidade. (STARFIELD, 2002).

A violência é o resultado da complexa interação entre fatores individuais, de relacionamentos sociais, culturais e ambientais. (OMS, 2002).

Frente a isso, faz-se necessário melhor entendimento sobre a violência e os fatores associados a esse fenômeno. Este estudo pretende compreender e discutir a violência, especialmente a praticada pelo parceiro íntimo, contra as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil.

2.1 Objetivo Geral

- Investigar a ocorrência e a prevalência da violência contra a mulher, especificamente a violência provocada por parceiro íntimo na Atenção Primária à Saúde do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a violência provocada pelo parceiro íntimo, em suas dimensões: violência física, verbal, moral ou psicológica e sexual.
- Traçar o perfil da mulher vítima da violência provocada pelo parceiro íntimo.
- Investigar se há fatores de risco para a violência contra a mulher, em suas dimensões: física, psicológica e sexual.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este é um estudo transversal, de natureza quantitativa, aninhado na pesquisa *Programa de Promoção de saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica*, realizada no Município de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em julho de 2012.

3.1 Revisão da Literatura

Foi realizada revisão da literatura adotando como critério de inclusão textos que versavam sobre a violência contra a mulher. Elegeram-se os seguintes descritores: *violência contra a mulher; violência de gênero; violência doméstica; violência sexual; mulheres maltratadas e maus-tratos conjugais*.

Foram selecionados livros, artigos, relatórios, teses, dissertações, nas Bases de Dados *Scielo, Lilacs, Medline*, Banco de Teses da *CAPES* e *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS). Foram pesquisados sites oficiais, tais como Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, Brasil. Também foram pesquisados sites de Organizações Não Governamentais (ONGs).

A literatura consultada para este estudo está disponível no Artigo I: “A Violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo”, que se constitui artigo de revisão de literatura, e disponível na íntegra no tópico 4.1 deste volume.

3.2 Campo de Estudo

Este estudo foi realizado no Município de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A pesquisa de campo ocorreu no período de 9 a 13 de julho de 2012. A escolha desse município para o palco desta pesquisa se deu por já estar em andamento a pesquisa “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”, na qual se envolve o presente estudo e outros projetos de pesquisa relacionados ao tema.

A pesquisa “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica” é coordenada pelo Núcleo de Saúde e Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

O município de Ribeirão das Neves é localizado na região metropolitana de Belo Horizonte; é considerado de médio porte e possui população de 303.029 habitantes – com leve predominância de mulheres em relação aos homens –, ocupando uma área territorial de 155 km². Trata-se de um município eminentemente urbano e jovem, com 249.153 (84,1%) habitantes vivendo na área urbana, e com um número de habitantes entre 10 e 24 anos de 84.758, o que corresponde a 28,6% do total da população. A renda per capita de 46,4% da população é de ½ a 3 salários mínimos. (IBGE).

O fator preponderante em seu crescimento foi a instalação em suas terras da Penitenciária Agrícola de Neves, que motivou o deslocamento de grande número de agregados, formando-se, assim, um povoado composto em sua maioria por habitantes ligados, por quaisquer motivos, ao estabelecimento penal. (IBGE)

Atualmente, há cinco presídios em Ribeirão das Neves, sendo quatro públicos e um privado, ainda operando parcialmente, o primeiro do gênero no Brasil. A população presidiária representará, até a finalização do presídio privado, cerca de 30% da população carcerária do estado.

3.3 Sujeitos do Estudo

Para a pesquisa “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica” foi aplicado um questionário semiestruturado em uma amostra de 954 sujeitos, de ambos os sexos, distribuídos entre usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Ribeirão das Neves, recrutados a partir das 53 Unidades Básicas de Saúde e de cinco Unidades Básicas de Referência existentes nesse município.

Para este estudo foram extraídas do banco de dados todas as mulheres usuárias que responderam aos questionários na íntegra, totalizando a amostra representativa de 470 mulheres.

3.4 O Instrumento

O questionário aplicado foi composto por dois núcleos que estão disponíveis ao final deste volume como apêndices. O primeiro núcleo, construído pela equipe da pesquisa, constitui-se de perguntas sobre características pessoais e

sociodemográficas, relações pessoais, comunitárias e de ocupação/trabalho, percepção de saúde e sobre violências.

O segundo núcleo foi extraído do questionário utilizado no estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, intitulado “Estudo Multipaíses Sobre a Violência Doméstica” (WHO, 2005) e validado no Brasil por Schraiber (2007).

Foram utilizadas duas seções do referido instrumento: seção 7, “A Entrevistada e seu companheiro” e a seção 10, “Outras Experiências”. Essas seções abordam a violência contra a mulher em seus domínios psicológico, físico e sexual perpetrada pelos parceiros íntimos.

Foi definido como *parceiro íntimo* o companheiro ou ex-companheiro com o qual a mulher vive ou já viveu, independentemente de união formal, incluindo-se aí os namorados atuais ou anteriores, desde que tenha havido relação sexual.

As variáveis independentes analisadas foram agrupadas em quatro blocos: *Características sociodemográficas, Autopercepção de saúde, Violências sofridas e praticadas pela mulher e Violências provocadas pelo parceiro íntimo.*

As variáveis independentes utilizadas foram assim compostas:

Bloco 1: Características sociodemográficas

- Idade em anos completos: < 37 anos ou ≥ 37 anos.
- Estado civil: casada, solteira, união estável, divorciada, viúva ou desquitada judicialmente.
- Anos de escolaridade: < 8 anos de escolaridade ou ≥ 8 anos de escolaridade.
- Chefe da família: parceiro, mulher, outros familiares.
- Renda familiar: ≤ 3 salários mínimos ou > 3 salários mínimos.
- Número de pessoas que moram no domicílio: ≤ 4 pessoas ou > 4 pessoas.
- Idade em que começou a trabalhar: ≤ 16 anos ou > 16 anos.
- Trabalha atualmente: sim ou não.
- Ocupação principal: construída a partir da correlação da função desempenhada e ciclos/anos de escolaridade. Ocupações de natureza

braçal/ensino fundamental ou Ocupações técnicas/ensino médio ou Ocupações de Ensino superior ou não trabalham.

- Razões de nunca ter trabalhado: dona de casa/cuida da família ou aposentada/afastada ou está procurando ou trabalha.
- Desemprego na família: sim ou não.

Bloco 2: Autopercepção de saúde

- Utiliza o SUS: sim ou não.
- Tem algum problema de saúde: sim ou não.
- Como avalia a sua saúde: boa ou muito boa ou regular ou ruim ou muito ruim.
- Grau de dores no corpo: leve ou médio ou intenso ou muito intenso ou nenhum.
- Última consulta médica: < 6 meses ou > 6 meses.
- Sente dor de cabeça ou enxaqueca: sim ou não.

Bloco 3: Violências sofridas e praticadas pela mulher

- Tipo de violência sofrida pela mulher nos últimos 12 meses (física ou verbal ou psicológica/moral ou sexual): sim ou não.
- Quem agrediu (física ou verbal ou psicológica/moral ou sexual): parceiro ou outros ou não sofreu agressão.
- Você se acha violenta: sim ou não.
- Violência provocada pela mulher (física ou verbal ou psicológica/moral ou sexual): sim ou não.
- A quem agrediu (física ou verbal ou psicológica/moral ou sexual): parceiro ou outros.

Bloco 4: Violências contra a mulher praticadas pelo parceiro íntimo

Violência física moderada

- Parceiro deu um tapa ou jogou-lhe algo: sim ou não.

- Parceiro empurrou-a ou deu-lhe um *tranco*: sim ou não.

Violência física grave

- Parceiro machucou-a com um soco ou objeto: sim ou não.
- Parceiro deu um chute, arrastou ou surrou: sim ou não.
- Parceiro estrangulou-a ou a queimou de propósito: sim ou não.
- Parceiro ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma: sim ou não.

Atos emocionalmente abusivos praticados pelo parceiro

- Parceiro insultou-a ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma: sim ou não.
- Parceiro depreciou-a diante de outras pessoas: sim ou não.
- Parceiro intimidou ou fez coisas para assustá-la: sim ou não.
- Parceiro ameaçou machucá-la ou a alguém de quem gosta: sim ou não.

Violência sexual:

- Parceiro forçou-a fisicamente a ter relações sexuais: sim ou não.
- Teve relação sexual por medo do que ele pudesse fazer: sim ou não.
- Parceiro forçou-a à prática sexual degradante: sim ou não.

A violência física (VF), psicológica (VP) e sexual (VS) por parceiro íntimo foi considerada presente quando a mulher respondeu sim a pelo menos 1 dos itens dos 3 conjuntos de perguntas, sendo 6 itens para a VF, 4 itens de VP e 3 itens para a VS.

3.5 Técnica para a Coleta de Dados

Para a realização desta pesquisa, a montagem das equipes de pesquisadores responsáveis e de campo, os treinamentos, as supervisões e os controles de

qualidade foram padronizados para todos os participantes, pela equipe de coordenação do estudo “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”.

Devido aos cuidados éticos que o tema exige, as equipes de entrevistadores foram mistas e compostas de pesquisadores universitários com experiência em estudos epidemiológicos e de colaboradores dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde de Cultura da Paz², do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG, e o da cidade de Ribeirão das Neves.

As entrevistas ocorreram dentro das UBS e das UBR. Os usuários foram selecionados por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios. Foram critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ser moradora do local há mais de um ano; ter idade maior ou igual a 15 anos e ter sido atendida na UBS, pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual foi entrevistada.

3.6 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em bancos de dados e analisados utilizando-se o software SPSS. Foram realizados os testes Qui-quadrado e Razão de chances. (*Odds Ratio*).

Os questionários aplicados nesta pesquisa foram codificados e digitados, com dupla entrada de digitação, para a alimentação do banco de dados.

3.7 Aspectos Éticos

Para a execução desta pesquisa, foram observadas as orientações preconizadas na resolução N^o 196/2012, que envolve seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

Este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, COEP/UFMG, sob o N^o01140812.1.0000.5149. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após terem sido informadas a respeito da confidencialidade dos dados colhidos na pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados sob a forma de dois artigos:

O Artigo I intitulado: “*A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo*”, foi submetido à *Revista Femina* e constitui um artigo de revisão sobre os tipos de violência contra a mulher, enfocando a violência provocada pelo parceiro íntimo.

O Artigo II com o título: *Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*, será submetido posteriormente, ainda sem definição de revista científica. Nele são apresentados os resultados e a análise das entrevistas realizadas na pesquisa de campo.

4.1 Artigo I

A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo

Violence against women caused by intimate partner

Doriana Ozólio Alves Rosa¹

Renata Cristina de Souza Ramos¹

Elza Machado de Melo²

Victor Hugo Melo³

Endereço para correspondência: Victor Hugo Melo – Rua Joanésia 125, apto. 301 – Serra – CEP: 30240-030–Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: victormelo@terra.com.br

¹ Mestranda do Programa Promoção de Saúde Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Resumo

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo. Tem chamado a atenção, provocando discussões em diversos âmbitos da sociedade. As mulheres experimentam, ao longo da vida, vários tipos de violência, como agressões verbais, físicas e sexuais, que podem ser cometidas pelo parceiro ou ex-parceiro, familiares, conhecidos ou estranhos. A violência contra a mulher pode causar danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e óbitos, além de problemas psicológicos causados indiretamente pela agressão, como transtornos mentais. São fatores de risco para a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo a baixa escolaridade, a pobreza, vários parceiros sexuais e o uso nocivo do álcool. Para o enfrentamento da violência contra a mulher, precisamos avançar tanto na prevenção como na organização de serviços de saúde. Desde 2003, no Brasil, é obrigatória a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher, nos serviços públicos e privados. Os ginecologistas podem, e devem, se integrar aos diversos profissionais que estudam o problema, pois têm, no seu cotidiano, a oportunidade de tomar conhecimento das agressões no ambiente familiar ou fora dele. Este artigo se propõe a realizar uma revisão de literatura sobre a violência infligida contra a mulher, destacando a violência doméstica, especificamente a violência sexual provocada por parceiro íntimo.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência de gênero. Violência doméstica e sexual contra a mulher. Violência sexual. Maus-tratos conjugais.

Abstract

Violence against women occurs worldwide. It has drawn attention, leading discussions in different areas of society. Women experience, lifelong, various types of violence such as verbal, physical and sexual, which may be committed by their husband, relatives, acquaintances or strangers. Violence against women can cause serious body harm, permanent disabilities and deaths, and psychological problems caused indirectly by aggression, as mental disorders. There are risk factors for sexual violence caused by intimate partner the poor education, poverty, multiple sexual partners and harmful use of alcohol. To confront violence against women is

need to advance in both prevention and organization of health services. Since 2003 in Brazil is mandatory to report the cases of violence against women in public and private services. Gynecologists can, and should, integrate themselves to the various professionals who study the problem because they have in their daily lives, the opportunity to become aware of aggression in the family or outside. This article proposes to conduct a review of the literature about violence inflicted against women, highlighting domestic violence, specifically sexual violence caused by an intimate partner.

Keywords: Violence against women. Gender violence. Domestic and sexual violence against women. Sexual violence. Spouse abuse.

Introdução

A violência atinge a todos nós, cidadãos e cidadãs do mundo. Dentre todos os nossos comportamentos, é o que mais nos rouba da condição humana. É um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no Mundo¹(D).

Os dados são contundentes: no mundo, mais de 1,6 milhão de mortes/ano e mais de 16 milhões de internações hospitalares/ano são causados pela violência, e mais de 4.000 pessoas morrem, por dia, devido a homicídio ou suicídio^{1,2}(D).

Também é conhecido o fato de que essa situação, apesar de grave, constitui apenas o que se chama a ponta do *iceberg*, pois a esses números visíveis correspondem muitos outros invisíveis²⁻⁶(D), envolvendo lesões leves que não demandam cuidados de saúde e não são notificadas, ou aquelas que permanecem ocultas em virtude dos padrões culturais ou dos vínculos existentes entre vítima e agressor, como é o caso da violência doméstica^{2,4,5}(D).

Dentre todos os tipos de violências existentes, a violência contra a mulher tem chamado cada vez mais a atenção e tem provocado discussões em diversos âmbitos da sociedade, na busca de melhor compreensão desse fenômeno e para estabelecer estratégias de prevenção e erradicação desse tipo de violência^{1,2}(D).

As mulheres experimentam, ao longo de suas vidas, vários tipos de violência e abusos, como agressões do tipo verbal, física e sexual, que podem ser cometidas pelo parceiro ou ex-parceiro, familiares, conhecidos ou estranhos²(D).

Segundo recente recomendação do The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), a avaliação preventiva das mulheres, com enfoque na violência provocada pelo parceiro, e seu aconselhamento – incluindo-se a opção da vítima de receber acolhimento especializado –, deveriam ser parte essencial das consultas ginecológicas e obstétricas⁷(D).

Este artigo se propõe a realizar uma revisão sobre a violência infligida contra a mulher, com enfoque na violência doméstica e suas dimensões, e mais especificamente sobre a violência sexual e a provocada por parceiro íntimo. Além disso, relata de forma sucinta os avanços ocorridos na legislação brasileira para a proteção da mulher vítima de violência.

Métodos

Foi realizada uma revisão da literatura adotando como critério de inclusão textos que versavam sobre a violência contra a mulher. Elegeram-se os seguintes descritores: *violência contra a mulher; violência de gênero; violência doméstica e sexual contra a mulher; violência sexual; maus-tratos conjugais*.

Foram selecionados livros, artigos, relatórios, teses, dissertações, nas Bases de Dados Scielo, Lilacs, Medline, Banco de Teses da CAPES e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram pesquisados sites oficiais, tais como Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, Brasil. Também foram pesquisados sites de Organizações Não Governamentais (ONGs).

A busca das melhores evidências científicas disponíveis foi realizada entre as publicações no período entre 2007 e 2012, as quais foram classificadas de acordo com seu nível e grau de recomendação. Algumas publicações antecederam esse período pela sua importância e singularidade. A seleção inicial das publicações foi realizada com base em seus títulos e resumos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto completo. Deu-se prioridade às publicações mais recentes e de maior nível de evidência, às revisões narrativas e aos consensos internacionais baseados em evidências.

Foram selecionados para esta revisão estudos, normas técnicas e livros técnicos publicados entre os anos de 2002 a 2012; dados de sites oficiais da OMS/OPAS, Ministério da Saúde/Brasil e de Organizações Não Governamentais;

revisões bibliográficas; normas técnicas e legislação, sobre o tema, vigente no país. Foram excluídos artigos publicados anteriormente a 2007, exceto os considerados indispensáveis; estudos que não possuíam o nome da revista de publicação; artigos aos quais os pesquisadores não obtiveram acesso em sua forma completa. A busca resultou em 65 referências, das quais foram escolhidas 31 que contemplavam o tema proposto.

Definição de violência

É possível definir a violência de muitas maneiras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 2002 a violência como

o uso da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.⁸(D).

A OMS relaciona a intenção com a realização do ato, independentemente do resultado produzido. Amplia a natureza do ato violento para além da força física, incluindo os atos que resultam das relações de poder, ameaças e intimidação⁹(D).

Há três grandes categorias de tipos de violência conforme as características de quem cometeu o ato de violência. São elas: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva. Quanto à natureza dos atos violentos, estes podem ser de ordem física, sexual, psicológica ou por privação ou negligência^{8, 9}(D).

A violência contra a mulher

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo e atinge mulheres dentro e fora da família, podendo ser motivo de danos físicos graves, incapacidades físicas permanentes e óbitos, além de problemas psicológicos causados indiretamente pela agressão, como transtornos mentais. Estima-se que a violência doméstica provoque mais mortes em mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras¹⁰(D).

A vitimização da mulher no espaço conjugal foi um dos maiores alvos da atuação do movimento feminista que, nos últimos 50 anos, vêm denunciando os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão. Problemas que permaneciam

silenciados, guardados como segredos do âmbito privado, passaram a ter visibilidade social¹¹(D). Assim, no final da década de 60, a partir de vários estudos sobre as relações familiares, a violência doméstica passou a ter visibilidade como problema social e de saúde pública, exigindo respostas e passando a ser objeto de intervenção do Estado¹²(D).

De acordo com a OMS, a violência é a décima causa de morte de mulheres com idades entre 15 a 44 anos em todo o mundo¹³(D). Esse dado, somado ao fato de que a violência é uma causa de morte evitável, já aponta a necessidade do desenvolvimento de ações voltadas para o enfrentamento da violência.

Define-se como violência de gênero qualquer comportamento, em uma relação íntima, que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação, como, por exemplo, atos de agressão física, abusos psicológicos, relações sexuais forçadas e atitudes controladoras¹⁴(D).

Grande parte da violência contra a mulher é perpetrada pelos parceiros íntimos masculinos e, apesar da magnitude do problema, muitas mulheres não relatam seu problema e não procuram ajuda. Dessa forma, a violência contra a mulher se mantém como um problema oculto, embora muitas vidas sejam extintas¹⁰(D).

Violência doméstica contra a Mulher no Brasil

Estima-se que, no Brasil, cerca de 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica, ou seja, a cada 15 segundos, uma mulher brasileira é agredida¹⁵(D).

A Lei Maria da Penha, marco mais importante da legislação brasileira relacionada ao tema, trata da violência doméstica e familiar contra a mulher, entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual e psicológico, e dano moral ou patrimonial, no âmbito doméstico ou em quaisquer relações íntimas de afeto¹⁶(D).

É no âmbito doméstico que acontece a maior parte das situações de violência vivenciadas pelas mulheres. No Brasil, em 2011, em 70% dos registros de atendimentos realizados em mulheres vítimas da violência, o local do incidente foi a própria casa da vítima¹⁷(D).

Entre os anos de 1980 e 2010, foram assassinadas mais de 92 mil mulheres no Brasil, e, dentre essas, quase 45 mil foram mortas somente na última década. O Brasil ocupou o sétimo lugar entre 84 países, com taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres, entre os anos de 2006 a 2010, configurando-se como um país de elevado número de femicídio¹⁷(D).

O fenômeno da violência contra a mulher perpassa todas as classes e segmentos sociais. Entretanto, os riscos são maiores em espaços geográficos de condições sociais menos favorecidas e de maior desigualdade social¹⁷(D).

Alguns fatores contribuem para manter as mulheres nessas relações de agressão, como dependência financeira, religião, valores morais e culturais, isolamento social, esperança de que o marido mude de atitude, chantagens emocionais, negação social do problema. A violência doméstica permanece muitas vezes silenciada por diversos fatores, como a opressão, o medo, a vergonha, entre outros¹⁸⁻²⁰(D). A motivação de atos violentos praticados contra a mulher está relacionada à maior incidência de problemas como o alcoolismo e a dependência química^{19, 20}(D).

Violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo

Uma das formas mais comuns de violência praticada contra a mulher é a cometida pelo marido ou parceiro íntimo. Esse tipo de violência ocorre em todo o mundo e transcende grupos sociais, econômicos, religiosos ou culturais. A violência sexual e a violência praticada por parceiro íntimo constituem graves problemas de saúde pública em todo o mundo. Além da clara violação dos direitos humanos, esse tipo de violência pode causar vários tipos de danos às vítimas (físicos, reprodutivos, mentais, emocionais e sociais), influenciando também seus familiares^{21, 22}(D).

A violência sexual é definida como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentário ou investidas sexuais indesejadas, atos de tráfico sexual ou contra a sexualidade de uma pessoa, usando de coação, por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitando a penetração da vulva ou ânus com pênis ou outro objeto^{21, 22}(D).

A violência por parceiro íntimo é definida como comportamento dentro de uma relação íntima que provoque dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos

intimidadores. Devido à própria natureza da violência sexual e da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados²³(D).

Violência por parceiro íntimo no mundo

Estudo realizado pela OMS em diversos países revelou que entre 15 a 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas²³(C).

A violência pelo parceiro pode ser fatal, como demonstraram alguns estudos internacionais: entre 40 a 70% dos homicídios femininos são praticados por parceiros íntimos¹⁴(D). No entanto, antes de serem assassinadas, é muito provável que as mulheres tenham sofrido violência durante grande parte de suas vidas, sem encontrar alternativas para encerrar esse ciclo.

Em relação aos custos da violência contra a mulher por parceiro íntimo, alguns estudos relataram grande impacto econômico, pois as mulheres vítimas desse tipo de violência procuram mais os serviços médicos, realizam mais consultas para tratamento de possíveis traumatismos, relatam mais procura pelo serviço de saúde mental e são mais propensas a retirar folgas do trabalho para o tratamento de traumatismos referentes à violência provocada por seus parceiros^{9, 23}(D).

Violência sexual no mundo

Em situações de guerras ou de pós-guerra, a violência sexual é cada vez mais utilizada como tática de ocupação e dominação. Outras formas de violência contra a mulher incluem assédio sexual e abuso por figuras que representam algum tipo de autoridade, tais como professores, policiais e empregadores, além de casamentos forçados e violência relacionada ao dote¹⁰(D).

Apesar de as mulheres procurarem os serviços de saúde para tratar das lesões ou das sequelas causadas pela violência, na maioria das vezes não encontram nesses serviços o atendimento adequado para o enfrentamento da situação de violência em que se encontram²²(C),²³(D).

No caso da violência sexual perpetrada por parceiro íntimo, destacam-se como fatores de risco a baixa escolaridade, a pobreza, vários parceiros sexuais, a exposição a maus-tratos na infância, o uso nocivo de álcool e a aceitação da

violência. Tais fatores de risco são considerados tanto para o agressor como para a vítima^{14, 21}(D).

Violência contra a mulher no Brasil

Violência sexual no Brasil

No Brasil, a violência sexual foi responsável por cerca de 12% dos atendimentos a mulheres vítimas de violências no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011. Em relação à faixa etária, nesses atendimentos a violência sexual foi mais concentrada na faixa de 1 a 14 anos¹⁷(D). Os dados sobre a violência sexual são fornecidos por polícia, clínicas, organizações não governamentais e relatórios de pesquisas^{24, 25}(C).

Apesar de a notificação da violência ser obrigatória em todo o território nacional, ela ainda não está devidamente implementada, pois os números sugerem a subnotificação de atendimentos às mulheres vítimas de violência. Faz-se necessário um trabalho sistemático de sensibilização dos profissionais de saúde que atuam nos Programas de Saúde da Família, porta principal de acesso da população aos serviços de saúde, para realmente adotarem essa prática no cotidiano dos atendimentos.

As pesquisas têm negligenciado a violência sexual. Os dados disponíveis são insuficientes e fragmentados. As vítimas, muitas vezes, não buscam ajuda, seja por vergonha, dificuldade de acesso ou por não quererem se expor, o que faz com que as intervenções se tornem mais restritas²³(C).

Soares (2005)¹⁸(D) aponta dados da Fundação Perseu Abramo do ano de 2001, mostrando que as mulheres só denunciavam a violência em algum órgão público quando eram ameaçadas em sua integridade física por arma de fogo (31%), ou sofriam fraturas ou cortes (21%), ou espancamento contra a si mesmo e aos filhos (19%), ou em situações como xingamentos, empurrões, relações sexuais forçadas, e outras (10%).

A ocorrência de violência sexual, pelo menos uma vez na vida das mulheres, apresenta taxas mais elevadas do que as encontradas em violência sexual acometida contra os homens. Essa diferença mostra a violência sexual como ocorrência específica de gênero, agressão própria e identificadora da subordinação

das mulheres em suas relações com os homens. Uma em cada dez mulheres brasileiras com idade entre 16 a 65 anos relatou ter sofrido violência sexual por parceiro²⁵(C).

Em estudo longitudinal realizado em hospital de referência no atendimento a vítimas de violência sexual em Campinas (São Paulo), envolvendo 642 mulheres, foi observado que, apesar do aumento do número de agressores conhecidos e dos crimes sexuais praticados no âmbito doméstico, a grande maioria dos casos atendidos foi relacionado a atos de violência urbana, praticados por desconhecidos²⁶(B).

A violência por parceiro íntimo no Brasil

O primeiro estudo brasileiro com base populacional sobre a violência contra a mulher, que possibilitou a comparação com outros países, foi realizado no período de 2000 a 2001. Esse estudo envolveu 2.128 mulheres brasileiras com idade entre 15 a 49 anos e fez parte de um estudo maior, o *WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Foi realizado inquérito domiciliar em mulheres residentes na cidade de São Paulo e em outras 15 cidades da Zona da Mata de Pernambuco. O estudo demonstrou que as taxas de violência por parceiro íntimo não estavam entre as mais altas, quando comparadas com dados internacionais. A violência sexual foi a de menor frequência e quase sempre associada a outros tipos de violências. Houve maior índice de relatos de violência sexual e psicológica nos casos em que a mulher sofreu violência física grave. O estudo chamou a atenção para o pequeno número de relatos de violência sexual exclusiva²⁷(C).

Em relação às características sociodemográficas das mulheres vítimas da violência sexual, e a provocada por parceiro íntimo, esse mesmo estudo demonstrou que a população negra relatou maior frequência de episódios e, quanto menores a renda e a escolaridade, maiores as proporções de episódios de violência sexual entre mulheres e homens. As maiores taxas de violência sexual foram registradas nas situações em que as mulheres vitimadas eram empregadas domésticas, aposentadas, ou estavam desempregadas. Houve maior ocorrência de violência sexual entre as mulheres que declararam ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos, ou entre as que foram obrigadas a manter a primeira relação sexual^{26, 27}(C).

Tais achados são corroborados pela literatura internacional, que refere que a violência física e sexual ocorrem juntas¹⁰(D).

Outra publicação do mesmo estudo brasileiro mostrou que baixa escolaridade, violência física conjugal entre os pais da mulher, abuso sexual na infância, múltiplas gestações e problemas com bebidas alcoólicas mostraram-se associados à violência por parceiro íntimo²⁸(C).

De acordo com outro estudo da OMS, realizado em 11 países, incluindo o Brasil, as mulheres residentes em zonas rurais foram as mais acometidas por violência provocada por parceiros íntimos, comparadas às mulheres residentes nas zonas urbanas²³(C).

Breve histórico da legislação brasileira e alguns fatos importantes

De acordo com o Código Penal Brasileiro, são considerados crimes contra a liberdade sexual o estupro, incluindo-se o estupro de vulnerável, violação sexual mediante fraude e assédio sexual²⁹(D).

O estupro de vulnerável é caracterizado quando a vítima é menor de 14 anos e/ou não possui discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não possa oferecer resistência, como nos casos em que é portadora de enfermidade ou deficiência mental²⁹(D).

A violência contra mulher, atualmente, é uma temática que faz parte do cotidiano da sociedade civil, das políticas públicas e de algumas legislações, o que representa grande avanço se compararmos com os anos anteriores. Para chegar até aqui foi percorrido um longo percurso, em que vários obstáculos tiveram que ser vencidos.

O movimento feminista e a revolução sexual provocaram importantes transformações no mundo moderno, no que diz respeito a direitos e deveres da mulher, implicando melhora da condição feminina, nos últimos três séculos, nos âmbitos público e privado³⁰(D).

No final da década de 60, e a partir de vários estudos sobre as relações familiares, a violência doméstica passou a ter visibilidade como problema social e de saúde pública, exigindo respostas e passando a ser objeto de intervenção do Estado¹²(D). A partir de 1975, quando a ONU criou o Dia Internacional da Mulher, a

violência passou a ser alvo de discussão em organizações internacionais, com a busca de intervenções.

Em 1985, houve a criação da primeira Delegacia de Mulheres em São Paulo, demarcando uma nova forma de intervenção específica para esse público. Desde então, houve uma expansão significativa do número de delegacias especializadas em todo o país, para fazer frente ao problema.

Em 1995, a Lei 9.099 instituiu os Juizados Especiais Criminais (JECrim), que tratavam especificamente das infrações penais de menor potencial e que, nos casos de violência contra a mulher, implicavam subestimar esse padrão de violência, reforçando a hierarquia entre os gêneros e a subsequente vulnerabilidade feminina. Essa lei pretendia facilitar o acesso da população à Justiça e desafogar o Poder Judiciário. Com isso, pretendia-se reduzir a morosidade judicial, propor medidas despenalizadoras e diminuir a impunidade. A finalidade da Lei 9.099 foi alcançada, pois a Justiça tornou-se mais rápida, embora as penas fossem mais brandas. Entretanto, em relação à proteção da mulher contra a violência doméstica, as medidas adotadas, como o pagamento de multas e doações de cestas básicas a entidades carentes, não foram suficientes para punir o agressor adequadamente e nem serviram como efeito pedagógico³¹(D).

Em 2003, a Lei nº. 10.778 estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, de todo caso de violência contra mulher atendida em serviços de saúde, fossem eles públicos ou privados. A notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos é uma exigência legal e fundamental para o planejamento e a execução de ações voltadas para a redução da morbimortalidade decorrente das violências. Somente com números mais expressivos torna-se possível a formulação de políticas públicas para o desenvolvimento de ações para a promoção da cultura de paz.

A instituição da Lei Nº 11.340, em 2006, (Lei Maria da Penha), já mencionada antes, criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, assim como representou avanço tanto na possibilidade de proteção à vítima quanto de punição do agressor. Com essa lei rompeu-se o silêncio que acobertava cerca de 70% dos casos de homicídios de mulheres no Brasil³¹(D).

Em 2008, foi estabelecido o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, que consiste em acordo entre os governos federal, estadual e municipal para transferência de recursos para criação e manutenção de serviços de

atenção às mulheres em situação de violência. Em 2009, o Ministério da Saúde incluiu no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o SINAN, a Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

O que se espera dos ginecologistas e obstetras do Brasil?

Como os ginecologistas e obstetras podem ajudar a enfrentar esse dramático e cotidiano problema? Realizando o adequado acolhimento, orientando, notificando – quando procurados após situações de violência – e, principalmente, estando atentos ao problema que, nem sempre, será explicitado verbalmente pelas pacientes.

Segundo o The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) os ginecologistas e obstetras estão em posição única para prover suporte às mulheres que estão vivenciando a violência por parceiro íntimo, devido à natureza da relação médico-paciente que se estabelece, e das múltiplas oportunidades de intervenção que podem ocorrer durante as consultas, quais sejam: no acompanhamento de uma gestação, ou no puerpério; nas consultas anuais de prevenção; nas consultas de orientação para o planejamento familiar; ou, ainda, nas consultas ginecológicas específicas. Por fim, recomenda-se que a investigação e o aconselhamento sobre violência íntima contra as mulheres façam parte das consultas rotineiras em ginecologia e obstetrícia, como forma de contribuição para a redução desse grave problema⁷(D).

Considerações finais

As consequências da violência sofrida pela mulher manifestam-se em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, impedindo que as mulheres vivenciem a igualdade humana e social de forma plena. A persistência e as múltiplas formas de expressão da violência contra a mulher ao longo da história mostram a importância do tema e a necessidade de se investigar como essa prática interfere em todo o curso da vida das mulheres que dela são vítimas, em todas as suas dimensões.

Apesar de a violência não ser um tema exclusivo dos serviços de saúde, ela se destaca no setor pelos danos físicos, sociais, morais e psicológicos que provoca.

Trata-se de uma violação dos direitos humanos e, portanto, requer políticas de intervenção social e ações intersetoriais e interdisciplinares.

A compreensão do impacto da violência na vida individual e social implica envolver em sua análise outros âmbitos, tais como as condições socioeconômicas e as questões relativas ao estilo de vida de cada indivíduo.

A violência contra a mulher é tida, em muitas sociedades, como decorrência natural das relações entre homens e mulheres. Esse consenso, equivocado em sua essência, reporta a uma situação de “invisibilidade” da violência e de suas vítimas. Essa “invisibilidade” se retrata na ausência do reconhecimento da violência contra a mulher como uma transgressão de direitos e violação da dignidade, que ocorre de forma global, e não como um problema individual e isolado.

Apesar de todas as conquistas ao longo dos anos, como a evolução da legislação, a criação de serviços específicos de atendimento para a mulher em todo o território nacional, e a obrigatoriedade da notificação, a prevalência da violência contra a mulher não se reduz. Ainda persistem dificuldades para punir os agressores e para proteger as vítimas. Arraigado na sociedade, o problema não se restringe às fronteiras geográficas, etnias ou classes sociais, dificultando que governos e organizações lidem com essa situação. Assim, o enfrentamento da violência contra a mulher não passa apenas pela elaboração de leis, mas pela forma de funcionamento dos indivíduos nas famílias e, é óbvio, na sociedade.

É necessário avançar na prevenção, o que ainda é um grande desafio. Os ginecologistas e obstetras podem, e devem, se integrar aos diversos profissionais que estudam e analisam o problema, pois têm, no seu cotidiano, a oportunidade de estabelecer relação de confiança com essas mulheres, participar da reflexão sobre o problema e, em algumas situações, até mesmo contribuir para a sua solução.

Leituras suplementares

Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. 278 p.

World Health Organization (OMS). Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help. France, 2008. {cited 2012 Nov. 12}. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596589_eng.pdf

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – (DATASUS 1990 a 2005) {internet}. Brasília: Brasil, Ministério da Saúde {cited 2012 Nov. 10}. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>

Departamento de Informática do Sistema único de Saúde – (DATASUS 1998 a 2007). {cited 2012 Nov. 12} Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2010/e11.def>.

Brasil, Ministério da Saúde. Impacto da Violência na Saúde do Brasileiro. Brasília, 2005.

Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, 2003.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Intimate partner violence. Committee Opinion number 518. Obstet Gynecol. 2012; 119:412-17.

Dahlberg LL, Krug EG. Violência. Um problema mundial de saúde pública. In: Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002. p. 23-44.

Dalberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 11(Sup):1163-78.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009. 112 p.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20^a ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80 p.

Schraiber LB, D’Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. (Saúde e Cidadania). São Paulo: Editora UNESP, 2005. 183 p.

World Health Organization (WHO). Causes of death. In: The global burden of disease, 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.

Heise L, Garcia-Moreno C. Violência perpetrada por parceiros íntimos. In: Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002. p. 87-113.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da saúde. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003. {cited 2013 April 17}. Available from: <http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilhaviolencia.pdf>

Brasil, Decreto-Lei nº. 11.340. Diário Oficial da União 2006; {cited 2012 Nov. 14}. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm .

Waiselfisz JJ. Mapa da violência, 2012 Atualização: homicídios em mulheres no Brasil. FLACSO – Brasil, 2012. 27p.

Soares BM. Enfrentando a Violência contra a Mulher – Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários (as). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p.

Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública, 2011; 27(4):743-52.

Silva LJ. Violência de Gênero: um grave problema social da contemporaneidade. Revista fatos & versões, 2011; 5(3):70-80.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Fatores de risco e de proteção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo. In: *Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência*. Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 18-33.

Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Violência Sexual. In: *Relatório mundial sobre violência e saúde - Organização Mundial da Saúde Genebra*, 2002. p. 167 – 201.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: *Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência*. Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 11-17.

Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):471-75.

Scharaiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42 (supl 1): 127-37.

Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(4):701-13.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitz AB et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5):797-807.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Júnior I, Ludermitz AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2):299-310.

Brasil, Ministério da Saúde. Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2010.

Silva SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2010; 30(3):556-71.

Lima PMF. Violência contra a mulher: o homicídio privilegiado e a violência doméstica. São Paulo: Atlas, 2009. p.170.

4.2 Artigo II

Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da Atenção Primária à Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Doriana Ozólio Alves Rosa¹
Victor Hugo de Melo²

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) é definida como o comportamento dentro de uma relação íntima que provoque dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. Devido à própria natureza da violência sexual e da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados¹.

Entretanto, pesquisas de base populacionais revelam que esse tipo de violência é comum. A Organização Mundial de Saúde (2005), em estudo multicêntrico sobre a saúde da mulher e a violência doméstica, indicou que de 15 a 71% das mulheres já sofreram, em algum momento de suas vidas, violência física ou sexual provocada por seu parceiro².

Estudo recente sobre a violência contra a mulher, publicado em 2012 pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)³, realizado em 12 países da América Latina e Caribe, mostra que a prevalência da VPI é alta e é variável em relação às

dimensões física, psicológica e sexual. De 13,4 a 52,3% do total das mulheres entrevistadas relataram a ocorrência VIP física em algum momento de suas vidas.

É no âmbito doméstico que acontece a maior parte das situações de violência vivenciadas pelas mulheres. No Brasil, em 2011, em 70% dos registros de atendimentos realizados em mulheres vítimas da violência, o local do incidente foi a própria casa da vítima⁴.

O fenômeno da violência contra a mulher perpassa todas as classes e segmentos sociais. Entretanto, os riscos são maiores em espaços geográficos de condições sociais menos favorecidas e de maior desigualdade social⁴.

A violência doméstica é entendida por qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual e psicológico, e dano moral ou patrimonial, no âmbito doméstico ou em quaisquer relações íntimas de afeto⁵.

Com o advento da Lei Maria da Penha (Decreto-Lei nº. 11.340), que trata da violência doméstica e familiar contra a mulher⁵, houve uma mudança na quantidade e na gravidade das denúncias⁶. Com a adoção da Lei em 2006, rompeu-se um silêncio que acobertava cerca de 70% dos homicídios de mulheres no Brasil⁷.

O serviço de Atenção Primária à Saúde é um dos locais mais procurados pelas mulheres nessa situação⁸. Muitas vezes as queixas são outras, que não explicitamente a violência⁹.

Apesar de a notificação da violência ser obrigatória em todo o território nacional¹⁰, ela ainda não está devidamente implementada, pois os números sugerem a subnotificação de atendimentos às mulheres vítimas de violência.

Os fatores de risco, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para VPI, em relação à vítima, são juventude, baixo nível de escolaridade, ser separada ou divorciada, exposição a maus-tratos infantis, violência intraparental, uso nocivo do álcool, uso ilícito de drogas e aceitação da violência¹¹.

No Brasil, estudo realizado com mulheres residentes em São Paulo e na Zona da Mata Pernambucana apontou que baixa escolaridade, violência física conjugal entre os pais da mulher, abuso sexual na infância, múltiplas gestações e problemas com bebidas alcoólicas mostraram-se associados à violência por parceiro íntimo¹².

O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência e os fatores associados à violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo em usuárias da Atenção Primária à Saúde no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Métodos

Este é um estudo transversal, que faz parte do *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica*, realizado no Município de Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em julho de 2012.

Foram entrevistadas 470 mulheres de 15 a 83 anos moradoras desse município, recrutadas a partir das 53 Unidades Básicas de Saúde e de 5 Unidades Básicas de Referência existentes nesse município. As entrevistas ocorreram dentro das UBS e das UBRs. As usuárias foram selecionadas por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios, e deveriam ter capacidade física e mental para responder ao questionário em entrevistas individuais. Foram critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ser moradora do local há mais de um ano, ter idade maior ou igual a 15 anos, ter tido parceria afetivo-sexual alguma vez na vida, ter sido atendida na UBS, pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual foi entrevistada. O critério de exclusão foi idade inferior a 15 anos.

Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em bancos de dados e analisados utilizando-se o software SPSS. Foram realizadas as distribuições de frequência das variáveis e testes estatísticos, como o Qui-quadrado, para fazer as comparações entre as variáveis categóricas, considerando-se as diferenças significantes quanto $p < 0,05$. Utilizou-se, quando indicado, o intervalo de confiança (IC) e a Razão de chances (Odds Ratio - OR), com significância a 95%.

Os questionários aplicados nesta pesquisa foram codificados e digitados, com dupla entrada de digitação, para a alimentação do banco de dados.

O questionário aplicado foi composto por dois núcleos. O primeiro núcleo foi construído pela equipe da pesquisa e constituiu-se de perguntas sobre as características pessoais e sociodemográficas, relações pessoais, comunitárias e de ocupação/trabalho, percepção de saúde e de perguntas sobre violências. O segundo núcleo foi extraído do questionário utilizado no estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, intitulado *MultiCountry study on women's health and domestic violence against women*¹³ e validado no Brasil por Schraiber (2010)¹⁴. Foram utilizadas duas seções do referido instrumento: seção 7, “A Entrevistada e seu companheiro” e seção 10, “Outras Experiências”. Essas seções

abordam a violência contra a mulher em seus domínios psicológico, físico e sexual perpetrada pelos parceiros íntimos.

Foi definido como *parceiro íntimo* o companheiro ou ex-companheiro com o qual a mulher vive ou já viveu, independentemente de união formal, incluindo-se aí os namorados atuais ou anteriores, desde que tenha havido relação sexual.

As variáveis independentes analisadas foram agrupadas em quatro blocos: *Características sociodemográficas, Autopercepção de saúde, Violências sofridas e praticadas pela mulher, e Violências provocadas pelo parceiro íntimo*. E as variáveis dependentes foram todas variáveis do bloco *Violências provocadas pelo parceiro íntimo*.

A violência física (VF), psicológica (VP) e sexual (VS) por parceiro íntimo foi considerada presente quando a mulher respondeu sim a pelo menos 1 dos itens dos 3 conjuntos de perguntas, sendo 6 itens para a VF, 4 itens de VP e 3 itens para a VS.

Devido aos cuidados éticos que o tema exige, as equipes de entrevistadores foram selecionadas e treinadas previamente. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, COEP/UFMG, sob o N° 01140812.1.0000.5149, em 30/05/2012. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após terem sido informadas a respeito da confidencialidade dos dados colhidos na pesquisa.

Resultados

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das mulheres entrevistadas, cuja idade média era 37 anos, com idade mínima de 15 anos e máxima de 83. A maioria da população pesquisada era casada ou com união estável, tempo de escolaridade inferior a 8 anos e a renda familiar era inferior ou igual a 3 salários mínimos em 82,3% das famílias. Destas, cerca de um terço vive com até um salário mínimo. Apesar de quase 50% das mulheres declararem ter começado a trabalhar antes dos 16 anos, atualmente 67,8% não possuíam emprego ou trabalho remunerado. O número de pessoas morando na casa variou de 1 a 14 pessoas, obtendo-se uma média de 4 moradores por domicílio.

A tabela 2 apresenta um panorama sobre as condições de saúde, de acordo com a percepção das entrevistadas. Quase a totalidade da população estudada

utiliza apenas o Sistema Único de Saúde (SUS), e 50,2% referiram algum problema de saúde.

As tabelas 3 e 3A apresentam informações sobre o bloco 3: *Violências sofridas e praticadas pela mulher*. Houve ocorrência de violência contra a mulher em todas as suas dimensões, com destaque para a violência verbal, seguida da violência psicológica ou moral. O parceiro aparece como um dos agressores em todas as ocorrências de violência relatadas. Destaque para a ocorrência de agressões familiares, nas dimensões VF e VP, configurando-se em violência doméstica contra a mulher.

A mulher também aparece como agressora, cometendo agressões físicas, verbais, psicológicas ou morais. Não houve ocorrência de violência sexual cometida pela mulher. Por sua vez, o parceiro aparece como uma das vítimas da violência praticada pela mulher. Esses dados são apresentados na tabela 3A.

A ocorrência de VPI física ocorreu alguma vez na vida para 26% das mulheres entrevistadas. Já a VPI psicológica foi relatada por 42,8% da população pesquisada, enquanto que a VPI sexual foi referida em cerca de 12% da amostra.

A visualização da magnitude da VPI e a distribuição dos vários tipos de violência estão representadas na tabela 4, 4A e 4B. A ocorrência de VPI é relatada em todas as dimensões de violência, e a violência psicológica é o evento com maior ocorrência, apresentando maiores percentuais entre as demais dimensões da VPI. No entanto, chama a atenção a frequência de ocorrência da violência física moderada e grave. Para a violência física moderada, em média, $\frac{1}{4}$ das mulheres entrevistadas foi agredida fisicamente por seu parceiro.

Na análise univariada, em que os blocos foram associados entre si, os fatores de risco para a ocorrência de VPI do tipo psicológico ou moral, física e sexual, estão descritos nas tabelas 5, 5A, 6, 6A e 7, respectivamente.

Idade ≥ 37 anos e grau de instrução < 8 anos são fatores de risco para todas as dimensões de VPI, com exceção da variável violência física grave praticada pelo parceiro *estrangulou ou queimou-a de propósito*.

Em relação à violência psicológica, apenas as frequências *número de pessoas que moram na casa*, *renda familiar* e *trabalha atualmente* não apresentaram valor p com significância estatística. No entanto, os percentuais para ocorrência de VPI psicológica são maiores para as frequências ≤ 4 pessoas no

domicílio, renda familiar ≤ 3 salários mínimos e não possuir trabalho, como observado nas tabelas 5 e 5A.

Julgar-se violenta apresentou valor estatisticamente significante para a ocorrência de VPI em todas as dimensões, excetuando-se as variáveis dependentes *parceiro íntimo forçou relação sexual* e *estrangulou ou queimou-a de propósito*.

O consumo de álcool aparece associado à VPI nas dimensões VF moderada, VF grave e VS. Para a VP não houve valores para $p < 0,05$, mas o percentual de agressão psicológica das mulheres que consumiam álcool foi maior do que o das mulheres que negaram o seu consumo.

A sobreposição de violências é apresentada nas tabelas 8 e 8A. Há valor significante para as associações entre as violências, que possuem percentuais importantes quando as violências ocorrem concomitantemente.

Discussão

No presente estudo, não foram consideradas as relações homoafetivas e o perfil do agressor, no caso, o parceiro íntimo.

Os achados referentes às características sociodemográficas das mulheres, como renda inferior a 3 salários mínimos e baixa escolaridade, condizem com as informações disponibilizadas pelo IBGE sobre o município de Ribeirão das Neves.

As ocupações de natureza braçal se sobressaem reforçando a baixa escolaridade da população estudada. Essa característica remete ao perfil socioeconômico da cidade e pode estar relacionada ao Índice de Desenvolvimento Humano de cidades de regiões metropolitanas de grandes cidades¹⁵.

Trata-se de uma população extremamente dependente do serviço público de saúde e que utiliza os serviços médicos com frequência. 80,4% consultaram-se há menos de 6 meses, apesar de a maioria avaliar a sua saúde como boa ou muito boa. Parcela expressiva referiu episódios de dor de cabeça ou enxaqueca, seguida de relatos de dores no corpo. Entretanto, quando perguntados sobre a existência ou não de problemas de saúde, os números ficaram muito próximos, 50,2% afirmaram possuir problemas de saúde e 49,6% negaram problemas de saúde.

Problemas de saúde e dor de cabeça e/ou enxaqueca estão associados à VPI para as variáveis VF, VP e VS, apresentando valor de $p \leq 0,05$. Estudo realizado com mulheres portadoras de dor crônica em serviço público de saúde aponta que as

pacientes correlacionam acontecimentos violentos com os sintomas de dor. Porém, quando atendidas pelos profissionais de saúde, jamais foram indagadas sobre alguma história de violência em suas vidas. O atendimento no âmbito da saúde é voltado para os aspectos físicos, e essa visão está arraigada tanto nos pacientes quanto nos profissionais de saúde⁸.

A prevalência da violência contra a mulher provocada pelo parceiro íntimo descrita neste estudo é corroborada por outros estudos nacionais sobre o tema que mostram esse tipo de violência como um fenômeno de alta frequência^{12, 16-22}.

Os escores da prevalência VPI para VF, 26%, VP, 42,8 % e VS, 11,7 % encontrados variam para valores maiores ou menores quando comparados aos achados de outros autores. Kronbauer (2005) em estudo transversal em UBS em Porto Alegre, RS, e amostra de 251 mulheres, apresentou percentuais para a VPI de 55% VP, 38% VF e 8% VS¹⁶. Marinheiro (2006), em pesquisa em unidade de saúde distrital e com amostra de 249 mulheres, apresentou os escores de prevalência da VPI para VF 41,5%, VP 26,4% e VS 9,8%¹⁷. Enquanto que Moura (2009)²¹, com amostra de 278 mulheres, em estudo transversal em região economicamente vulnerável, encontrou valores altos de prevalência de VPI, sendo VP 80,2%, VF 58,6% e VS 28,9. Em estudo com 3193 mulheres usuárias do SUS de São Paulo, capital, Barros (2011) apresenta alta prevalência de VPI, 59,8%, e para violência grave, considerando-se aqui a VF e VS, o valor de 32,1% de ocorrência²².

Essa variação nos escores pode ser explicada por diversos fatores, como a variação do tamanho da amostra pesquisada, instrumento e técnica de coleta utilizados na pesquisa e as características econômicas e sociodemográficas da população pesquisada.

Os achados mostram-nos que o grau de instrução possui associações com a ocorrência de violência. De uma forma geral, o nível de instrução do brasileiro é muito baixo²⁴. Na amostra de Ribeirão das Neves, apenas 1,5% das mulheres possuía curso superior completo (dado não apresentado em Tabela).

A baixa escolaridade é fator de risco para a ocorrência de VPI. Foram encontrados valores estatisticamente significantes, valor de $p \leq 0,02$ para a VF, VP e VS. A associação entre o baixo grau de instrução e a VPI é também apontada em outros estudos^{11, 12, 17-22, 24 e 26}.

A renda familiar ≤ 3 salários mínimos apresentou valores de incidência maiores para a ocorrência de VPI, apesar de não apresentarem valor de $p \leq 0,05$,

conforme era esperado. Dados condizentes a esse fato foram encontrados por Kronbauer e Meneghel, no Brasil, em 2005¹⁶.

No presente estudo, a idade ≥ 37 anos foi associada à maior chance de sofrer VPI em todas as dimensões de violência pesquisadas. A associação entre idade ≥ 30 anos e a VPI psicológica foi demonstrada por Kronbauer e Meneghel (2005)¹⁶. No entanto, para Marinheiro (2006), em estudo da violência no serviço público de saúde, a idade também não se apresentou como fator de risco para qualquer tipo de violência¹⁷. Da mesma forma, em D'Oliveira (2009)¹², em estudo comparativo entre duas regiões brasileiras, aplicando o instrumento utilizado por Schraiber (2007)²⁰, não se mostrou associada consistentemente à VPI.

Assim como em outros estudos¹⁷⁻¹⁹, a violência psicológica foi a de maior prevalência entre as demais formas de violências, apresentando 42,8%, enquanto a VF e a VS obtiveram os percentuais 26% e 11,7%, respectivamente.

Os valores de prevalência da violência sexual são muito próximos dos encontrados nos estudos nacionais²¹⁻²³.

O consumo de álcool pela mulher foi associado à ocorrência da VPI, nas três dimensões desse tipo de violência. Esses dados são também citados por outros autores^{12, 27}. A OMS relaciona o uso abusivo do álcool como fator de risco para a VPI, tanto para o agressor como para a vítima²⁸.

O I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool no Brasil²⁴, realizado em 2005 e 2006, com 3007 indivíduos, em 143 municípios brasileiros, entre eles Ribeirão das Neves, aponta dados interessantes. Dentre a população que se declarou casada ou com união estável, 12% dos entrevistados relataram ter iniciado discussão ou briga com o parceiro enquanto bebiam e 5,7% das mulheres que faziam uso de bebidas alcoólicas admitiram ter agredido fisicamente o parceiro, enquanto 3,9% dos homens também admitiram esse fato.

Estudo mostra que, apesar de o consumo de bebidas alcoólicas ser maior entre os homens, as mulheres vêm consumindo cada vez mais, principalmente na faixa etária entre 18 a 44 anos de idade. Há uma tendência de convergência entre os gêneros para o consumo de bebidas alcoólicas, que pode ser influenciada por fatores socioambientais²⁹, originando possíveis situações de violências²⁴.

Julgar-se violenta apresentou associações para a ocorrência de VPI em todas as dimensões de violência íntima. Nesse sentido, a análise da violência como modelo ecológico, proposto pela OMS (2002)³⁰, ajuda a compreender o fenômeno

da violência, pois ela é senão o resultado da complexa interação de fatores, sejam eles individuais, das relações sociais, culturais e ambientais. Assim, ao reconhecer-se como violenta, a mulher, imbuída de sua crença na violência, pode desencadear ações violentas, pois toda fala envolve uma ação³¹.

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a violência que se estabelece no âmbito doméstico, principalmente a praticada contra a mulher como problema de saúde pública. E que atentem para o fato de que os serviços de saúde são os espaços ideais para a detecção desses casos, são uma importante rede de atenção à saúde da mulher em situação de risco⁸.

A importância do tema apresentado se revela através das estatísticas, que são alarmantes. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde podem e devem incluir-se no combate ao fenômeno da violência, pois estão em situação privilegiada, uma vez que a APS é a porta de entrada do cidadão aos serviços de saúde^{16, 18}. Para isto, é imperioso que se capacitem para a detecção precoce de atos violentos ou situações de risco para a ocorrência da violência, e que registrem adequadamente os casos relatados ou suspeitos de violência, gerando números que darão às autoridades governamentais a dimensão desse fenômeno que assola a todos.

Concluindo, foi encontrada associação entre a Violência praticada pelo Parceiro Íntimo para as variáveis idade ≥ 37 anos, grau de instrução ≤ 8 anos de escolaridade, consumo de álcool, problema de saúde, dor de cabeça ou enxaqueca e se julgar violenta.

Analisando-se as características sociodemográficas da amostra, é possível traçar um perfil das mulheres entrevistadas. Trata-se de mulher cujo parceiro é o chefe da família, que possui como ocupação atividades não remuneradas, como o *cuidar da casa e ser dona-de-casa*, e pequeno grau de instrução. Esse perfil vem de encontro com os hábitos e valores culturais que ainda refletem os conceitos arraigados em nossa sociedade patriarcal, como a submissão feminina.

Referências

Organização Mundial de Saúde (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: Prevenção da Violência

Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 11-17.

Garcia-Moreno C, *et al.* *WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization. 2005.

PAHO – Pan American Health Organization: Centers for Disease Control and Prevention. *Violence Against in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: PAHO, 2012. Disponível em: www2.paho.org/hq/dmdocuments/violence-against-women-lac.pdf acessado em 26 de junho de 2013.

Waiselfisz JJ. Mapa da violência, 2012 Atualização: homicídios em mulheres no Brasil. FLACSO – Brasil, 2012. 27p.

Brasil, Decreto-Lei nº. 11.340. Diário Oficial da União 2006; {cited 2012 Nov. 14}. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm

Meneghel SN, Mueller B, Callaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 2013; 18(3): 691-700.

Lima PMF. *Violência contra a mulher: o homicídio privilegiado e a violência doméstica*. São Paulo: Atlas, 2009. p.170.

Almeida APF, Sousa ER, Fortes S, Minayo MCS. Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. *Rev. Saúde Matern. Infantil. Recife*, 2008; 8 (1): 83 – 91, jan-mar.

Brasil MA. *Pacientes com queixas difusas: um estudo nosológico de pacientes apresentando queixas somáticas múltiplas e vagas [tese doutorado]*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro;1995. In: Almeida APF, Sousa ER, Fortes S, Minayo MCS. *Dor crônica e violência doméstica: estudo*

qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. Rev. Saúde Matern. Infantil. Recife, 2008; 8 (1): 83 – 91, jan-mar.

Decreto-Lei N^o 10.778 de 24 de novembro de 2003. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=134066> Acessado em 21 de junho de 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Fatores de risco e de proteção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo. In: Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 18-33.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Júnior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev Saúde Pública. 2009; 43(2): 299-310.

WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005. Acessado em 26 de junho de 2013. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593512_eng.pdf

Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. Rev Saúde Pública 2010; 44 (4): 658-66.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Valores e Desenvolvimento humano/ Relatório de Desenvolvimento humano, Brasil 2009/2010. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.pnud.org.br/HDR/arquivos/rdh_Brasil_2009_2010.pdf acesso em 24 de junho de 2013

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Pública 2005; 39 (5): 695-701.

Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Ver Saúde Pública 2006; 40 (4): 604-10.

Reichenheim ME et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and Federal District. Cad Saúde Pública Fev.2006; 22 (2): 425-437.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG et al. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços públicos da saúde da grande São Paulo. Rev Saúde Publica 2007; 41 (3): 359 – 367.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5):797-807.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Júnior IF. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. Ver Saúde Pública 2008; 42 (Supl 1): 127-37.

Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos ANM, Pratesi R. Violências contra a mulher por parceiro íntimo em área economicamente vulnerável, Brasília, DF. Rev Saúde Pública 2009; 43 (6): 944-53.

Barros C, Schraiber LB, França-Júnior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. Rev Saúde Pública 2011; 45 (2): 365-72

Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. *I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, Universidade Federal de São Paulo; 2007. [acessado 2008 nov 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf

Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento

ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(4):701-13.

Heise L, Garcia-Moreno C. Violência perpetrada por parceiros íntimos. In: Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002. p. 87-113.

Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de Risco para Violência Contra a Mulher no Contexto Doméstico e Coletivo. *Saúde Soc*. São Paulo 2008; v.17, n.3:113-125.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: *Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência*. Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 11-17.

Wolle CC, Sanches M, Zilberman ML, Caetano R, Zaleski M, Laranjeira RR et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2011; 33: 367-373.

Dahlberg LL, Krug EG. Violência. Um problema mundial de saúde pública. In: Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002. p. 23-44.

Habermas J. *Teoria de la Accion Comunicativa: Complementos y Estudios Previos*. Madrid: Ed. Catedra, 1989. IN: Melo EM. *Podemos prevenir a violência*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. 278 p.

TABELA 1 - Características demográficas e socioeconômicas das mulheres entrevistadas em Ribeirão das Neves, Minas Gerais

Variável	N=470	%
Sóciodemográficas		
Idade		
<37 anos	230	48,9
≥37 anos	233	49,6
Ignorados	7	1,5
Estado Civil		
Solteira ^a	165	35,1
Casada ^b	305	64,9
Grau de Instrução		
< 8 anos de escolaridade	269	57,2
> 8 anos de escolaridade	192	40,9
Não informado	9	1,9
Chefe da Família		
Parceiro/Marido	251	53,4
Mulher	106	22,6
Outros Familiares	93	19,8
Ignorado	20	4,3
Renda Familiar		
≤3 salários mínimos	387	82,3
>3 salários mínimos	55	11,7
Não informado	28	6,0
Número de Pessoas que moram na casa		
≤4 pessoas	312	66,4
>4 pessoas	158	33,6
Sobre o trabalho		
Idade em que começou a trabalhar		
≤ 16 anos	230	48,9
> 16 anos	149	31,7
Não informado	91	19,4
Trabalha Atualmente		
Sim	150	31,9
Não	319	67,8
Ocupação Principal		
Ocupações de natureza braçal	109	23,8
Ocupações Técnicas	43	9,1
Ocupações de Ensino Superior	10	2,1
Não trabalham	308	65,5
Razões de nunca ter trabalhado		
Dona de casa/ cuida da família	115	24,5
Aposentada/afastada	98	20,9
Está procurando	31	6,6
Está estudando	10	2,1
Trabalham	216	45,9
Desempregado na Família		
Sim	199	42,3
Não	268	57
Não informado	3	0,6

^a solteira representa mulher solteira, divorciada e viúva.

^b casada representa mulher casada e com união estável.

TABELA 2 - Autopercepção de saúde das mulheres entrevistadas

Variável	N= 470	%
Utiliza o SUS		
Sim	452	96,2
Não	18	3,8
Tem algum problema de saúde		
Sim	236	50,2
Não	233	49,6
Missing	1	
Como avalia a sua saúde		
Boa/ Muito boa	281	59,8
Regular	153	32,6
Ruim/Muito ruim	36	7,7
Grau de dores no corpo		
Leve/Médio	231	49,1
Intenso/Muito intenso	131	27,9
Nenhum	108	23,0
Última consulta médica		
<6 meses	378	80,4
>6 meses	91	19,4
Sente dor de cabeça ou enxaqueca		
Sim	320	68,1
Não	150	31,9

TABELA 3 - Violências sofridas, nos últimos 12 meses, pelas mulheres entrevistadas, nas dimensões: física, verbal, psicológica ou moral e sexual

Variável	N=470	%
Sofreu alguma violência nos últimos 12 meses		
Física		
Sim	36	7,7
Não	430	91,4
Não informado	4	0,8
Quem agrediu fisicamente		
<i>Parceiro/Marido</i>	14	2,9
Outros (Policial, Amiga)	30	6,38
Não sofreu agressão	426	90,63
Verbal		
Sim	128	27,3
Não	339	72,1
Não informado	3	0,6
Psicológica ou moral		
Sim	107	22,7
Não	358	76,1
Não informado	5	1,0
Quem agrediu verbal, moral ou psicologicamente		
<i>Parceiro/Marido</i>	33	7,02
Outros (Família, Amiga)	134	28,5
Não sofreu agressão	303	64,4
Sexual		
Sim	13	2,76
Não	455	96,8
Não informado	4	0,8
Quem agrediu sexualmente		
<i>Parceiro/Marido</i>	5	1,0
Outros	8	1,7
Não sofreu agressão	455	96,8

TABELA 3A - Violências provocadas pela mulher entrevistada e suas vítimas

Variável	N=470	%
Você se acha violenta?		
Sim	118	25,1
Não	352	74,9
Agrediu alguém da família		
Fisicamente		
Sim	78	16,6
Quem da família?		
<i>Parceiro/Marido</i>	3	0,63
Outros familiares	43	9,07
Verbalmente		
Sim	158	33,6
Quem da família?		
<i>Parceiro/Marido</i>	12	2,52
Outros familiares	52	10,92
Moral ou psicologicamente		
Sim	39	8,3
Quem da família?		
<i>Parceiro/Marido</i>	3	0,63
Outros familiares	12	2,53
Sexualmente		
Não	464	98,7
Não informado	5	

TABELA 4 - Atos emocionalmente abusivos praticados pelo parceiro íntimo, ou ex-parceiro, relatado pelas mulheres entrevistadas

Variável	N_470	%
Insultou-a ou fez com se sentisse mal a respeito de si mesma.		
Sim	201	42,8
Depreciou você diante de outras pessoas.		
Sim	136	28,9
Intimidou ou fez coisas para assustá-la.		
Sim	145	30,9
Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta.		
Sim	111	23,6

TABELA 4 A - Violência física praticada contra a mulher pelo parceiro íntimo, ou ex-parceiro, relatado pelas mulheres entrevistadas

Variável	N=470	%
Violência Moderada		
Marido/companheiro deu um tapa ou jogou algo Sim	117	24,9
Empurrou-a ou deu um “tranco”? Sim	122	26
Violência Grave		
Marido/companheiro machucou-a com um soco ou objeto? Sim	87	18,5
Deu um chute, arrastou ou surrou Sim	53	11,2
Estrangulou ou queimou de propósito? Sim	26	5,5
Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma Sim	56	11,9

TABELA 4 B - Violência sexual contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro, relatado pelas mulheres entrevistadas

Variável	N=470	%
Forçou-a fisicamente a ter relações sexuais Sim	53	11,3
Teve relação sexual por medo do que ele pudesse fazer? Sim	55	11,7
Forçou a prática sexual degradante? Sim	30	6,4

TABELA 5 - Análise univariada para a ocorrência de VPI psicológica, referida pelas mulheres entrevistadas.

Variáveis	N= 470	Insultou N ^b (%)	OR (IC 95%)	Valor-p	Depreciou N ^b (%)	OR IC(95%)	Valor-p
Idade							
<37 anos	236	90 (38,1)	0,676	0,039**	48 (20,3)	0,403 (0,4 - 0,6)	0,000**
≥37 anos	227	107 (47,1)	(0,4 – 0,9)		86 (37,8)		
Ignorado	7						
Grau de instrução							
<8 anos de escolaridade	269	123 (45,7)	1,44	0,06**	90 (33,4)	1,830 (1,1 - 2,8)	0,005**
>8 anos de escolaridade	192	72 (37,5)	(0,9 – 2,1)		42 (21,8)		
Não informado	9						
Renda familiar							
≤3 salários mínimos	387	167 (43,1)	1,275	0,411	113 (29,1)	1,388 (0,7 - 2,6)	0,328
>3 salários mínimos	55	21 (38,1)	(0,7 – 2,2)		13 (23,6)		
Não informado	28						
Número de pessoas na casa							
>4 pessoas	158	68 (43)	1,023	0,911	47 (29,7)	1,076 (0,7 - 1,6)	0,734
≤4 pessoas	312	133 (42,6)	(0,6 – 1,5)		89 (28,5)		
Trabalha atualmente							
Não	319	132 (41,3)	0,866	0,471	92 (28,8)	1,016 (0,6 - 1,5)	0,941
Sim	150	69 (46)	(0,5 – 1,2)		44 (29,3)		
Consome bebida alcóolica atualmente							
Sim	62	33 (53,2)	1,635	0,096	22 (35,4)	1,442 (0,8 - 2,5)	0,205
Não	408	168 (41,1)	(0,9 – 2,8)		114 (27,9)		
Tem algum problema de saúde							
Sim	236	116 (49,1)	1,668	0,007**	94 (39,8)	3,006 (1,9 - 4,6)	0,000**
Não	233	85 (36,4)	(1,1 – 2,4)		42 (18)		
Ignorado	1						
Ultima consulta médica							
< 6 meses	378	158 (41,7)	0,790	0,318	110 (29,1)	1,033 (0,6 - 1,7)	0,900
> 6 meses	92	43 (46,7)	(0,4 – 1,2)		26 (28,2)		
Sente dor de cabeça ou enxaqueca							
Sim	320	148 (46,2)	1,520	0,041**	100 (31,2)	1,421 (0,9 - 2,2)	0,121
Não	150	53 (35,3)	(1,0 – 2,2)		36 (24)		
Se acha violenta							
Sim	118	70 (59,3)	2,565	0,000**	52 (44)	2,545 (1,6 - 3,9)	0,000**
Não	352	131 (37,2)	(1,6 – 3,9)		84 (23,8)		

^a Os totais variam devido à informações não disponíveis

^b Número de mulheres que sofreram violência moral e/ou psicológica

**p: diferenças significativas entre os grupos comparados.

TABELA 5 A - Análise univariada para a ocorrência de atos emocionalmente abusivos praticados pelo parceiro íntimo, referido pelas mulheres entrevistadas

Variáveis	N= 470	Parceiro íntimo intimidou N ^b (%)	OR (IC 95%)	Valor-p	Parceiro íntimo ameaçou N ^b (%)	OR (IC 95%)	Valor - p
Idade							
<37 anos	236	58 (24,5)	0,540	0,003**	39 (16,5)	0,437	0,000**
≥37 anos	227	84 (37)	(0,3 - 0,8)		69 (30,3)	(0,2 - 0,7)	
Ignorado	7						
Grau de instrução							
<8 anos de escolaridade	269	90 (33,4)	1,830	0,005**	75 (27,8)	1,978	0,004**
>8 anos de escolaridade	192	42 (21,8)	(1,2 - 2,8)		32 (16,6)	(1,2 - 3,1)	
Não informado	9						
Renda familiar							
≤3 salários mínimos	387	113 (29,1)	1,388	0,328	92 (23,7)	0,949	0,874
>3 salários mínimos	55	13 (23,6)	(0,7 - 2,6)		14 (25,4)	(0,4 - 1,8)	
Não informado	28						
Número de pessoas na casa							
>4 pessoas	158	48 (30,3)	0,957	0,838	41 (25,9)	1,202	0,418
≤4 pessoas	312	97 (61,3)	(0,6 - 1,4)		70 (22,4)	(0,7 - 1,8)	
Trabalha atualmente							
Não	319	95 (29,7)	0,879	0,544	72 (22,5)	0,868	0,539
Sim	150	50 (33,3)	(0,5 - 1,3)		39 (26)	(0,5 - 1,3)	
Consome bebida alcoólica atualmente							
Sim	62	21 (33,8)	1,230	0,479	19 (30,6)	1,546	0,146
Não	408	124 (30,3)	(0,7 - 2,1)		92 (22,5)	(0,8 - 2,7)	
Tem algum problema de saúde							
Sim	236	91 (38,5)	2,082	0,000**	74 (31,3)	2,449	0,000**
Não	233	54 (23,1)	(1,3 - 3,1)		37 (15,8)	(1,5 - 3,8)	
Ignorado	1						
Última consulta médica							
< 6 meses	378	114 (30,1)	0,836	0,474	89 (23,5)	0,968	0,906
> 6 meses	92	31 (33,6)	(0,5 - 1,3)		22 (23,9)	(0,5 - 1,6)	
Sente dor de cabeça ou enxaqueca							
Sim	320	109 (34)	1,610	0,034**	81 (25,3)	1,315	0,257
Não	150	36 (24)	(1,0 - 2,5)		30 (20)	(0,8 - 2,1)	
Se acha violenta							
Sim	118	51(43,2)	2,119	0,001**	45 (38,1)	2,757	0,000**
Não	352	94 (26,7)	(1,3 - 3,2)		66 (18,7)	(1,7 - 4,3)	

^a Os totais variam devido à informações não disponíveis

^b Número de mulheres que sofreram violência moral e/ou psicológica

**p: diferenças significativas entre os grupos comparados.

TABELA 6 – Análise univariada de ocorrência de violência física moderada praticada pelo parceiro íntimo

Variáveis	Total N ^a	Tapa N ^b (%)	OR (IC 95%)	Valor-p	Empurrão N ^b (%)	OR (IC 95%)	Valor-p
Idade							
<37 anos	236	39 (16,5)	0,388	0,000**	52 (22)	0,642	0,038**
≥37 anos	227	75 (33)	(0,2 - 0,6)		68 (29,9)	(0,4 - 0,9)	
Ignorado	7						
Grau de instrução							
<8 anos de escolaridade	269	81 (30,1)	2,014	0,002**	84 (31,2)	2,076	0,001**
>8 anos de escolaridade	192	34 (17,7)	(1,2 - 3,1)		35 (18,2)	(1,3 - 3,2)	
Não informado	9						
Renda familiar							
≤3 salários mínimos	387	101 (26)	1,659	0,166	100 (25,8)	1,166	0,649
>3 salários mínimos	55	10 (18,1)	(0,8 - 3,4)		13 (23,6)	(0,6 - 2,2)	
Não informado	28						
Número de pessoas que moram na casa							
>4 pessoas	158	46 (29,1)	1,379	0,147	44 (27,8)	1,154	0,518
≤4 pessoas	312	71 (22,7)	(0,9 - 2,1)		78 (25)	(0,7 - 1,8)	
Trabalha atualmente							
Não	319	74 (23,1)	0,790	0,294	82 (25,7)	0,993	0,977
Sim	150	43 (28,6)	(0,5 - 1,2)		40 (26,6)	(0,6 - 1,5)	
Consome bebida alcoólica atualmente							
Sim	62	23 (37)	2,010	0,015**	21 (33,8)	1,594	0,111
Não	408	94 (23)	(1,1 - 3,5)		101 (24,7)	(0,8 - 2,8)	
Tem algum problema de saúde							
Sim	236	73 (30,9)	1,934	0,002**	72 (30,5)	1,612	0,025**
Não	233	44 (18,8)	(1,2 - 2,9)		50 (21,4)	(1,0 - 2,4)	
Ignorado	1						
Última consulta médica							
< 6 meses	378	88 (23,2)	0,637	0,079**	100 (26,4)	1,128	0,658
> 6 meses	92	29 (31,5)	(0,3 - 1,0)		22 (23,9)	(0,6 - 1,9)	
Sente dor de cabeça ou enxaqueca							
Sim	320	92 (28,7)	1,998	0,006**	93 (29)	1,676	0,032**
Não	150	25 (16,6)	(1,2 - 3,2)		29 (19,3)	(1,0 - 2,6)	
Se acha violenta							
Sim	118	48 (40,6)	2,899	0,000**	46 (38,9)	2,360	0,000**
Não	352	69 (19,6)	(1,8 - 4,5)		76 (21,5)	(1,5 - 3,7)	

TABELA 6A - Análise univariada de ocorrência de VPI física grave

Variáveis	Total N ^a	Socou N ^b (%)	OR (IC 95%)	p	Chutou N ^b (%)	OR (IC 95%)	p	Estran- gulou N ^b (%)	OR (IC 95%)	p	Arma de fogo, N ^b (%)	OR (IC 95%)	p
Idade													
<37 anos	236	32 (13,5)	0,502	0,005**	19 (8)	0,519	0,030**	8 (3,3)	0,425	0,045**	18 (7,6)	0,440	0,006**
≥37 anos	227	53 (23,3)	(0,3 - 0,8)		32 (14)	(0,3 - 0,9)		17 (7,4)	(0,1 - 1,0)		35 (15,4)	(0,2 - 0,8)	
Ignorado	7												
Grau de instrução													
<8 anos de escolaridade	269	65 (24,1)	2,640	0,000**	43 (15,9)	3,495	0,000**	19 (7)	2,011	0,117	43 (15,9)	3,159	0,001**
>8 anos de escolaridade	192	21 (10,9)	(1,5 - 4,5)		10 (5,2)	(1,7 - 7,1)		7 (3,6)	(0,8 - 4,9)		11 (5,7)	(1,6 - 6,3)	
Não informado	9												
Renda familiar													
≤3 salários mínimos	387	76 (19,6)	2,062	0,102	47 (12,1)	2,476	0,128	21 (5,4)	1,028	0,965	46 (11,8)	1,138	0,778
>3 salários mínimos	55	6 (10,9)	(0,8 - 5,0)		3 (5,4)	(0,7 - 8,2)		3 (5,4)	(0,3 - 3,5)		6 (10,9)	(0,4 - 2,8)	
Não informado	28												
Número de pessoas que moram na casa													
>4 pessoas	158	28 (17,7)	0,919	0,740	15 (9,4)	0,750	0,371	7 (4,4)	0,714	0,456	17 (10,7)	0,837	0,564
≤4 pessoas	312	59 (18,9)	(0,5 - 1,5)		38 (12,1)	(0,4 - 1,4)		19 (6)	(0,3 - 1,7)		39 (12,5)	(0,4 - 1,5)	
Trabalha atualmente													
Não	319	58 (18,1)	0,964	0,885	36 (11,2)	1,024	0,940	15 (4,7)	0,642	0,277	39 (12,2)	1,122	0,711
Sim	150	29 (19,3)	(0,6 - 1,6)		17 (11,3)	(0,5 - 1,9)		11 (7,3)	(0,3 - 1,4)		17 (11,3)	(0,6 - 2,0)	
Consome bebida alcoólica atualmente													
Sim	62	16 (25,8)	1,685	0,100	9 (14,5)	1,456	0,340	7 (11,2)	2,692	0,028**	10 (16,1)	1,571	0,233
Não	408	71 (17,4)	(0,9 - 3,1)		44 (10,7)	(0,7 - 3,1)		19	(1,0 - 6,7)		46 (11,2)	(0,7 - 3,3)	
Tem algum problema de saúde													
Sim	236	53 (22,4)	1,699	0,028**	35 (14,8)	2,094	0,014**	19 (8)	2,830	0,017**	40 (16,9)	2,789	0,001**
Não	233	34 (14,5)	(1,0 - 2,7)		18 (7,7)	(1,1 - 3,8)		7 (3)	(1,1 - 6,8)		16 (6,8)	(1,5 - 5,1)	
Ignorado	1												
Última consulta médica													
< 6 meses	378	70 (18,5)	0,988	0,969	43 (11,3)	1,042	0,912	19 (5)	0,638	0,323	43 (11,3)	0,771	0,445
> 6 meses	92	17 (18,4)	(0,5 - 1,7)		10 (10,8)	(0,5 - 2,1)		7 (7,6)	(0,2 - 1,5)		13 (14,1)	(0,4 - 1,5)	
Sente dor de cabeça ou enxaqueca													
Sim	320	68 (21,2)	1,826	0,031**	37 (11,5)	1,077	0,815	20 (6,2)	1,581	0,333	41 (12,8)	1,302	0,409
Não	150	19 (12,6)	(1,0 - 3,1)		16 (10,6)	(0,6 - 2,0)		6 (4)	(0,6 - 4,0)		15 (10)	(0,7 - 2,4)	
Se acha violenta													
Sim	118	35 (29,6)	2,465	0,000**	24 (20,3)	2,906	0,000**	9 (7,6)	1,670	0,226	22 (18,6)	2,187	0,008**
Não	352	52 (14,7)	(1,5 - 4,0)		29 (8,2)	(1,6 - 5,2)		17 (4,8)	(0,7 - 3,8)		34 (9,6)	(1,2 - 3,9)	

^a Os totais variam devido à informações não disponíveis

^b Número de mulheres que sofreram violência física grave

TABELA 7 - Análise univariada de ocorrência de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo

Variáveis	Total N ^a	PI ^c forçou relação sexual N ^b (%)	OR (IC 95%)	p	Teve relação sexual por medo do PI ^c N ^b (%)	OR (IC 95%)	p	PI ^c forçou a pratica sexual degradante N ^b (%)	OR (IC 95%)	p
Idade										
<37 anos	236	17 (7,2)	0,426	0,005**	17 (7,2)	0,389	0,002**	7 (2,9)	0,291	0,004**
≥37 anos	227	34 (14,9)	(0,2 - 0,8)		37 (16,2)	(0,2 - 0,7)		21(9,2)	(0,1 – 0,7)	
Ignorado	7									
Grau de instrução										
<8 anos de escolaridade	269	40 (14,8)	2,436	0,006**	45 (16,7)	3,668	0,000**	24 (8,9)	3,072	0,012**
>8 anos de escolaridade	192	13 (6,7)	(1,2 - 4,7)		10 (5,2)	(1,8 - 7,4)		6 (3,1)	(1,2 – 7,6)	
Não informado	9									
Renda familiar										
≤3 salários mínimos	387	42 (10,8)	1,261	0,640	45 (11,6)	1,125	0,798	24 (6,2)	0,872	0,806
>3 salários mínimos	55	5 (9)	(0,5 - 3,3)		6 (10,9)	(0,4 - 2,8)		4 (7,2)	(0,3 – 2,6)	
Não informado	28									
Número de pessoas que moram na casa										
>4 pessoas	158	17 (10,7)	0,914	0,772	16 (10,1)	0,772	0,411	8 (5)	0,695	0,390
≤4 pessoas	312	36 (11,5)	(0,5 - 1,7)		39 (12,5)	(0,4 - 1,4)		22 (7)	(0,3 -1,6)	
Trabalha atualmente										
Não	319	36 (11,2)	1,028	0,930	39 (12,2)	1,173	0,614	24 (7,5)	2,014	0,128
Sim	150	17 (11,3)	(0,5 - 1,9)		16 (10,6)	(0,6 - 2,1)		6 (4)	(0,8 – 5,0)	
Consome bebida alcóolica atualmente										
Sim	62	13 (20,9)	2,536	0,007**	10 (16,1)	1,556	0,244	6 (9,6)	1,769	0,229
Não	408	40 (9,8)	(1,3 - 5,0)		45 (11)	(0,7 - 3,3)		24 (5,8)	(0,7 – 4,5)	
Tem algum problema de saúde										
Sim	236	36 (15,2)	2,315	0,006**	36 (15,2)	2,004	0,019**	26 (11)	7,172	0,000**
Não	233	17 (7,2)	(1,2 - 4,2)		19 (8,1)	(1,1 - 3,6)		4 (1,7)	(2,4 – 21)	
Ignorado	1									
Ultima consulta médica										
< 6 meses	378	39 (10,3)	0,635	0,175	40 (10,5)	0,602	0,121	22 (5,8)	0,644	0,303
> 6 meses	92	14 (15,2)	(0,3 - 1,2)		15 (16,3)	(0,3 - 1,1)		8 (8,6)	(0,3 – 1,5)	
Sente dor de cabeça ou enxaqueca										
Sim	320	43 (13,4)	2,126	0,036**	42 (13,1)	1,603	0,156	20 (6,25)	0,912	0,817
Não	150	10 (6,6)	(1,0 - 4,4)		13 (8,6)	(0,8 - 3,0)		10 (6,6)	(0,4 – 2,0)	
Se acha violenta										
Sim	118	17 (14,4)	1,499	0,198	21 (17,7)	2,103	0,013**	14 (11,8)	2,870	0,004**
Não	352	36 (10,2)	(0,8 - 2,8)		34 (9,6)	(1,1 - 3,8)		29 (8,2)	(1,3 – 6,0)	

^a Os totais variam devido à informações não disponíveis

^b Número de mulheres que sofreram violência sexual

TABELA 8 - Análise univariada de ocorrência de superposição de violências contra a mulher praticadas pelo parceiro íntimo

Variável	N=	Violência física moderada N (%)	OR (IC 95%)	p	N=	Violência física grave N (%)	OR (IC 95%)	p	N=	Violência sexual	OR (IC 95%)	p
Violência psicológica	200	97 (48,5)	8,852 (5,4 -14,5)	0,000**	200	71 (35,5)	8,393 (4,7 – 15)	0,000**	199	43 (21,6)	6,863 (3,3 – 14)	0,000**

TABELA 8A - Análise univariada de ocorrência de sobreposição de violência física em grau moderado e grave

Variável	N=	Violência física grave	OR (IC 95%)	Valor p	N=	Violência sexual	OR (IC 95%)	Valor p
Violência física moderada	117	77 (65,8)	63,718 (30,5 – 133)	0,000**	116	39 (33,6)	11,794 (6,1 –22,8)	0,000**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As consequências da violência sofrida pela mulher manifestam-se em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, gerando dificuldades para que as mulheres vivenciem a igualdade humana e social de forma plena. A persistência e as múltiplas formas de expressão da violência contra a mulher ao longo da história mostram a importância do tema e a necessidade de se investigar como essa prática interfere em todo o curso da vida das mulheres vítimas da violência doméstica, em todas as suas dimensões.

Embora a notificação da violência seja obrigatória em todo o território nacional, ela ainda não está devidamente implementada, pois os números sugerem a subnotificação de atendimentos às mulheres vítimas de violência. Faz-se necessário um trabalho sistemático de sensibilização dos profissionais de saúde que atuam nos Programas de Saúde da Família, porta principal de acesso da população aos serviços de saúde, para realmente adotarem essa prática no cotidiano dos atendimentos.

Apesar de a violência não ser um tema exclusivo do setor saúde, ela se sobressai pelos danos físicos e psicológicos que provoca. Trata-se de uma violação dos direitos humanos e, portanto, requer políticas de intervenção social e ações intersetoriais e interdisciplinares.

A compreensão do impacto da violência na vida individual e social implica envolver em sua análise outros âmbitos, tais como as condições socioeconômicas e as questões relativas ao estilo de vida de cada indivíduo.

A violência contra a mulher é tida, em muitas sociedades, como decorrência natural das relações entre homens e mulheres. Esse consenso, equivocado em sua essência, reporta a uma situação de “invisibilidade” da violência e de suas vítimas. Essa “invisibilidade” se retrata na ausência do reconhecimento da violência contra a mulher como uma transgressão de direitos e violação da dignidade, e que ocorre de forma global, e não como um problema individual e isolado.

Mesmo com todas as conquistas ao longo dos anos, como a evolução da legislação, a criação de serviços específicos de atendimento para a mulher em todo o território nacional e a obrigatoriedade da notificação, ainda persistem as dificuldades para punir os agressores e proteger as vítimas.

A violência contra a mulher é um problema arraigado na sociedade, e não restrito a fronteiras geográficas, etnias ou classes sociais, dificultando que governos e organizações lidem com essa situação. Assim, não se trata apenas de elaboração de leis, mas da forma de funcionamento dos indivíduos nas famílias.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Impacto da Violência na Saúde do Brasileiro. Brasília, 2005.

Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 www.medicinanet.com.br/cid10.html Acesso em 30 de out. de 2012.

Concha-Eastman A, Malo M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 11(Sup): 1179-1187.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - “Convenção de Belém do Pará” – Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, 1994.

Dahlberg LL, Krug EG. Violência - Um problema mundial de saúde pública. In: Relatório mundial sobre violência e saúde - Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002. p. 23-44.

Dalberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 11(Sup): 1163-78.

Decreto No 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamentação da Lei No8080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Brasília – DF, 2011.

Decreto-Lei nº. 11.340. Diário Oficial da União 2006; Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acesso em 14 de novembro 2012.

Decreto Lei Nº 9263, de 12 de janeiro de 1996 . Portal Saúde SUS – Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: www.saude.gov.br acesso em novembro de 2012.

ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente/ Ministério da Saúde. 3ª Edição – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS, 1990 a 2005, Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203> Acesso em 10 de novembro de 2012

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS, 1998 a 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2010/e11.def> Acesso em 12 de novembro de 2012.

Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil, 2005.

Enciclopédia dos Municípios Brasileiros - Volume XXVII ano 1959. Disponível <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/ribeiraodasneves.pdf> Acesso em 23 de junho de 2013.

Fundação Perseu Abramo/SESC. Pesquisa de Opinião. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, Brasil, 2010. Disponível em: www.fpabramo.org.br Acesso em junho de 2013.

Galheigo SM. Apontamentos para se Pensar Ações de Prevenção à Violência pelo Setor Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, 2008;17(3): 81-189.

Heise L, Garcia-Moreno C. Violência perpetrada por parceiros íntimos. In: Relatório mundial sobre violência e saúde – Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002. p. 87-113.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br/ Acesso em 23 de junho de 2013.

Lee S, Tsang A, Von Korff M, Graaf R, Benjet C, Haro JM Et al. Association of headache with childhood adversity and mental disorder: cross-national study. *The British Journal of Psychiatry*,2009; 194:111–116.

Melo, EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10 (Sup): 167-178.

Melo, EM. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2008; 24 (Sup 1):29-S41

Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. 278 p..

Melo EM, Faria HP, Melo MAM, Chaves AB; Machado, GP. Projeto Meninos do Rio. Mundo da Vida, Adolescência e Riscos de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21: 39-48.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 80 p.

OMS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Whashington, 2003.

OMS, Relatório mundial sobre violência e saúde - Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2009. 112 p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. In: Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Organização Mundial da Saúde, 2012.p. 11-17.

Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infante Juvenil. Jovenil, 3ª Edição. Brasília: SEDH/DCA – Ministério da Saúde, 2002.

Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: princípios e diretrizes, 2001. Portal Saúde SUS – Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: www.saude.gov.br acesso em novembro de 2012.

Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: plano de ação, 2004-2007. Portal Saúde SUS – Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: www.saude.gov.br acesso em novembro de 2012.

Portaria Nº 1968/2001, de 25 de outubro de 2001. Dispõem sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos em entidades do Sistema Único de Saúde.

Resolução 1996/96 versão 2012. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Schraiber LB, D’Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005. 183 p.(Saúde e Cidadania)

Schraiber LB, D’Oliveira AFPL. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da saúde. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_violencia.pdf Acesso em 17 de abril de 2013.

Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D’Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. Rev Saúde Pública 2010; 44 (4): 658-66. Secretaria de Direitos Humanos, Governo Federal, Brasil. Disponível em: http://www1.direitoshumanos.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/exploracao__sexual/publicacoes Acesso em 01 novembro de 2012.

Secretaria de Políticas Especiais para Mulheres, Brasil, Governo Federal, 2009. Balanço da Central de Atendimento a mulher – 2006 – 2008. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/indicadores/indicadores-nacionais/central-de-atendimento-a-mulher-ligue-180/dados-central-de-atendimento-2008>.

Silva SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2010; 30(3):556-71.

Starfield, B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

Waiselfisz JJ. Mapa da violência, 2012 Atualização: homicídios em mulheres no Brasil. FLACSO – Brasil, 2012. 27p.

World Health Organization (WHO). Causes of death. In: *The global burden of disease, 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.

WHO. World Health Organization. Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help. France, 2008.

WHO MultiCountry study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization, 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuários de 10 a 17 anos

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação desse problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder a um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa, e os resultados de sua análise, apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa da qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____,
aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima
expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2012.

Responsável

Pesquisadores:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da
Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945/ 91843408.

Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da
Faculdade de Medicina/UFMG.

Tel. 34631853

Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de
Medicina/UFMG

Antônio Leite Alves Radicchi- – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da
Faculdade de Medicina/UFMG

Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção
da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de
Medicina//UFMG

Bernardo Monteiro de Castro – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Souza – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Doriana Ozólio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar
Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuário
Sujeitos acima 18 anos

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para repará-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação desse problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder a um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa, e os resultados de sua análise, apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa da qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____,
aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e

Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2012.

Pesquisadores:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945/ 91843408.

Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel. 34631853

Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG

Antônio Leite Alves Radicchi – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina//UFMG

Bernardo Monteiro de Castro – – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Souza – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Doriana Ozólio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar
Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.

**APÊNDICE B – RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DO CAMPO DE
PESQUISA DE RIBEIRÃO DAS NEVES, MINAS GERAIS.**

Região I

UBR Arlete de Souza

End. Rua Antônio Miguel Cerqueira, N° 111 – São Pedro – CEP: 33805-470

CEP: 33805-470 - Tel. (31) 3625-4730, (31) 3625- 4718

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região I:

1. PSF Santinho I - End. Rua José Cornélio dos Santos, n° 120 – Santinho. Tel. 3624-9422
2. PSF Santinho II - End. Rua José Cornélio dos Santos, n° 1.083 – Santinho. Tel. 3624-9292
3. PSF Stª Martinha I - End. Rua Karla Moreira do Nascimento, n° 248 – Rosana. Tel. 3624-7183
4. PSF Stª Martinha II - End. Rua Jorge Eustáquio da Silva, n° 235 - Santa Martinha. Tel. 3624-7008.
5. PSF Porto Seguro - End. Rua Cleonice Coelho de Oliveira, n° 192 - Nova União. Tel. 3627-7446
5. PSF Rosaneves I - End. Rua das Camélias, n° 780 – Rosaneves. Tel. 3627-3155.
6. PSF Rosaneves II - Rua Dália, n° 62 – Rosaneves. Tel. 3625-228.
7. PSF Barcelona – End. Av. G, n° 278 – Rosaneves.
8. PSF Sevilha A – End. Rua Francisca Augusto Vieira, n° 385 - Sevilha A. Tel. 3625-5018.
9. PSF Sevilha B I – End. Rua Monte Carmelo, n° 311- Sevilha B. Tel. 3625-2510.
10. PSF Sevilha B II – End. Rua Conselheiro Pena, n° 230 - Sevilha B. Tel. 3625-2578.
11. PSF Sevilha B III – End. Rua Carbonita, n° 53 - Sevilha B. Tel. 3627-3905.
12. PSF Neviana - End. Rua Pascoalino Ricardo, n°113 – Neviana. Tel. 3625-5943.
13. PSF Jardim Colonial – End. Rua Alameda dos Albatrozes, n° 537 - Jd. Colonial. Tel. 3627-2964.

Região II

UBR Raimundo Firmo

End. Rua Petrolina Amâncio, Nº 484 – Veneza – Ribeirão das Neves

Tel. (31) 3625-1163 (31) 3627-9326

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região II:

1. PSF Florença I – End. Av. Ida Jubeline, nº 1048 – Florença. Tel. 3625-5780
2. PSF Florença II – End. Av. Ida Jubeline, nº 1048 – Florença. Tel. 3626-6750
3. PSF Novo Florença – End. Av. Ida Jubeline, nº 1048 – Florença. Tel. 3625-5780
4. PSF Vereda – End. Rua Geraldina Soares, nº 65 – Veredas. Tel. 3628-1161
5. PSF Alto Veneza – End. Rua Maria Angelina Gomes, nº1001 – Veneza.
Tel. 3627-3925
6. PSF Fazenda Castro – End. Rua Cinquenta e Um, nº91 - Fazenda Castro.
Tel. 3627-3903
7. PSF Metropolitano – End. Rua 42, nº 5 – Metropolitano. Tel. 3626-4746
8. PSF Vale das Acácias - End. Rua Alameda dos Eucaliptos, nº 42 - Vale das
Acácias. Tel. 36245103
9. PSF Liberdade – End. Av. E, nº 814 - Liberdade. Tel. 3628-1104
10. PSF San Genaro – End. Rua Ruth Brandão Azevedo, nº 1.395- San Genaro.
Tel. 3626-6205

Região III

UBR Alarico Modesto

End. Rua Laranjeiras, Nº190 – Cerejeiras – Ribeirão das Neves

CEP 33902-090 Tel. (31) 3638-6560 (31) 3632-5034

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região III:

1. PSF Cruzeiro - End. Rua Maracanã, nº 150 – Cruzeiro. Tel. 3639-6804
2. PSF Areias I – End. Rua São Lucas, nº173 - Areias 1. Tel. 3639-1781
3. PSF Areias II – End. Rua das Gardênias, nº 580 - Santa Margarida.
Tel. 3639-1782
4. PSF Tropical – End. Rua Campina Verde, nº 182 – Tropical. Tel. 3639-7528
5. PSF Botafogo – End. Rua Duque de Caxias, nº 52 – Botafogo. Tel. 3632-5014
6. PSF Esperança – End. Rua Suíça, nº 183 A – Esperança. Tel. 3639-8811

7. PSF Menezes – End. Rua Tancredo de Almeida Neves, nº1061 – Menezes. Tel. 3638-6562
8. PSF Alto Menezes – End. Rua Rio de Janeiro, nº 157 - Alto dos Menezes. Tel. 3638-6563
9. PSF Belo Vale – End. Rua Dois, nº 312 - Belo Vale. Tel. 3632-2909
10. PSF Braúnas – End. R. Tijuca, nº 243 – Urca. Tel. 3638-7723
11. PSF Cerejeiras – End. Rua Bangu, nº 65 – Urca. Tel. 3632-3502
12. PSF Flamengo – End. Av. Príncipe Duarte, nº 124 – Flamengo. Tel. 638-6561

Região IV

UBR Expedito Monteiro

End. Rua Suacuí, N° 358 – Jardim de Alá – Ribeirão das Neves

Tel. (031) 3638-1303 (031) 3632-5039

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região III:

1. PSF Bispo de Maura - End. Rua dos Executivos, nº 418 - Vila Bispo de Maura. Tel. 3496-6021
2. PSF Nova Pampulha II - End. Rua Amaralina, nº 11 - Granjas Primavera. Tel. 3498-9207.
3. PSF Jardim Alvorada - End. Rua Diamantina, nº 32 - Jardim Alvorada. Tel. 3913-6164
4. PSF São Miguel - End. Rua Mario Costa Ferreira, nº 131 - São Miguel. Tel. 3638-2114.
5. PSF Fortaleza - End. Rua Engenheiro João Trindade, nº 150 – Fortaleza. Tel. 3632-4225.
6. PSF Santa Fé - End. Rua Rio Verde, nº 156 – Guadalajara. Tel. 3638-4457.
7. PSF Nova Pampulha I - End. Rua Hum, nº 577 - Conjunto Nova Pampulha. Tel. 3496-6852.
8. PSF Luar da Pampulha - End. Rua São Bento, nº 126 - Luar Pampulha. Tel. 3495-836.
9. PSF São José II – End. Rua Paquetá, nº 415 - Vila Santa Branca. Tel. 3455-7730.
10. PSF Evereste - End. Rua Rosângela, nº 197 - São José. Tel. 3638-1225

11. PSF São Jose I - End. Rua Rosângela, nº 197 - São José. Tel. 3638-1225.
12. PSF Lagoa - End. Rua Formiga, nº 155- Kátia. Tel. 3638-5799

Região V

UBR João Francisco Torres

End. Rua Santo Inácio de Loyola, N° 397 – Maria Helena – Ribeirão das Neves

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região V:

1. PSF Landi I – End. R. Oito, nº 54 - Landi I 1ª seção. Tel. 3458-7401
2. PSF Landi II - End. Rua Dois. Nº 12 - Landi 2ª seção. Tel. 3458-7344
3. PSF Pedra Branca I - End. Rua Vinte e Nove, nº 55 - Pedra Branca. Tel. 3458-3885
4. PSF Pedra Branca II - End. Rua Diamantina, nº 900 - Pedra Branca. Tel. 3458-7671
5. PSF Maria Helena - End. Rua São Tiago, nº 36 - Maria Helena. Tel. 3458-4033.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS EM GERAL.

QUESTIONÁRIO USUÁRIOS

01. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	1. []
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIOFAMILIARES	
02. Qual o seu estado civil?	2. []
1. () Casado (a)	
2. () Solteiro (a)	
3. () União estável	
4. () Divorciado (a)	
5. () Viúvo (a)	
6. () Separado (a) ou desquitado (a) judicialmente	
03. Cor	3. []
1. () Branca	
2. () Preta	
3. () Amarela	
4. () Parda	
04. Qual o seu grau de instrução?	4. []
1. () Fundamental incompleto	
2. () Fundamental completo	
3. () Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) incompleto	
4. () Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) completo	
5. () Superior incompleto	
6. () Superior completo	
7. () Especialização	
8. () Mestrado	
9. () Doutorado	
05. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	5. []
06. Quem é o chefe da família? _____	6. []
07. Qual é a principal forma de abastecimento de água do seu domicílio?	7. []
1. () Rede geral de distribuição	
2. () Poço ou nascente	
3. () Outro. Especifique:	
08. Na sua casa tem eletricidade?	8. []
4. () Sim.	
5. () Não.	
09. O lixo do seu domicílio é:	9. []
1. () Coletado diretamente por serviço de limpeza	
2. () É queimado ou enterrado na propriedade	
5. () Jogado em terreno baldio ou logradouro	
6. () Jogado em rio, lago ou mar	
7. () Outro. Especifique:	
10. Os moradores do seu domicílio têm acesso a internet no domicílio?	10. []
1. () Sim	
2. () Não	
11. Quantas pessoas na sua casa têm trabalho remunerado? _____	11. []
Quem são e idade de cada um _____	

**APÊNDICE D – INSTRUMENTO – QUESTIONÁRIO APLICADO
EXCLUSIVAMENTE PARA AS USUÁRIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE
PESQUISADAS.**

Para Mulher	
1. O seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 1. () Sim (continue com as perguntas) 2. () Não (passe para a pergunta 5)	1.[]
2. Isto aconteceu nestes últimos 12 meses de sua vida? 1- () Sim 2- () Não	2.[]
3. Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu: 1. () Uma vez 2. () Poucas vezes 3. () Muitas vezes	3. []
4. Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu: 1. () Uma vez 2. () Poucas vezes 3. () Muitas vezes	4.[]
5. O seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 1- () Sim (continue com as perguntas) 2- () Não (Passe para a pergunta 9)	5. []
6. Isto aconteceu nestes últimos 12 meses de sua vida? 1. () Sim 2. () Não	6.[]
7. Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu: 1. () Uma vez 2. () Poucas vezes 3. () Muitas vezes	7.[]
8. Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu: 1. () Uma vez 2. () Poucas vezes 3. () Muitas vezes	8.[]
9. O seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)? 1. () Sim (continue com as perguntas) 2. () Não (Passe para a pergunta 13)	9. []
10. Isto aconteceu nestes últimos 12 meses de sua vida? 1. () Sim 2. () Não	10.[]
11. Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu: 1. () Uma vez 2. () Poucas vezes 3. () Muitas vezes	11. []
12. Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu: 1. () Uma vez 2. () Poucas vezes 3. () Muitas vezes	12.[]
13. O seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta? 1- () Sim (continue com as perguntas) 2- () Não (Passe para a pergunta 17)	13.[]

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

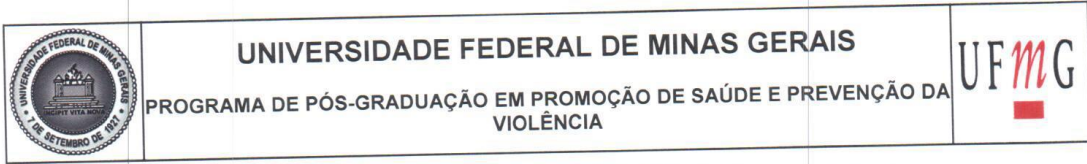
Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**
Departamento de **Medicina Preventiva e Social**
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amiral
Coordenadora do COEP-UFMG



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA DORIANA OZOLIO ALVES ROSA - 2011715495

Realizou-se, no dia 04 de julho de 2013, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, 5º andar, sala 526, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*, apresentada por DORIANA OZOLIO ALVES ROSA, graduada no curso de FONOAUDIOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Victor Hugo de Melo - Orientador (UFMG), Prof(a). Andre Luiz Barbosa Roquette (FUMEC - IMLBH), Prof(a). Simone Mendes Carvalho (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa
 Reprovada

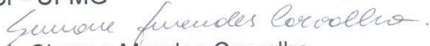
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 04 de julho de 2013.



Prof(a). Victor Hugo de Melo
Doutor - UFRJ



Prof(a). Andre Luiz Barbosa Roquette
Doutor - UFMG



Prof(a). Simone Mendes Carvalho
Doutora - FIOCRUZ

VIA DO ALUNO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

VIOLÊNCIA PROVOCADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EM USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL

DORIANA OZOLIO ALVES ROSA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA

Aprovada em 04 de julho de 2013, pela banca constituída pelos membros:

[Handwritten signature]
Prof(a). Victor Hugo de Melo - Orientador
UFMG

[Handwritten signature]
Prof(a). Andre Luiz Barbosa Roquette
FUMEC IMLBH

[Handwritten signature]
Prof(a). Simone Mendes Carvalho
UFMG

Belo Horizonte, 4 de julho de 2013.