

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CAMILA ROCHA ATAIDE QUARESMA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE NO BRASIL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019**

VITÓRIA
2024

CAMILA ROCHA ATAIDE QUARESMA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
SAÚDE NO BRASIL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para exame de defesa para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Orientador: Prof^o. Dr^o. Thiago Dias Sarti

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Ana Paula Santana Coelho Almeida

VITÓRIA
2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

Q1v Quaresma, Camila Rocha Ataíde, 1986-
Violência contra a mulher e utilização de serviços de saúde
no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. / Camila Rocha
Ataíde Quaresma. - 2024.
73 p. : il.

Orientador: Thiago Dias Sarti.
Coorientadora: Ana Paula Santana Coelho Almeida.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Violência contra as mulheres. 2. Acesso aos serviços de
saúde. 3. Serviços de saúde - Utilização. 4. Pesquisa Nacional de
Saúde, 2019. I. Sarti, Thiago Dias. II. Almeida, Ana Paula
Santana Coelho. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ÀS NOVE HORAS DO DIA VINTE DE SETEMBRO DE DOIS MIL E VINTE E QUATRO, EM AMBIENTE HÍBRIDO, FOI INSTALADA A SESSÃO PÚBLICA PARA JULGAMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA ELABORADA POR **CAMILA ROCHA ATAÍDE QUARESMA**, MATRICULADA SOB NÚMERO 2021231569, SOB O TÍTULO “*VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019*”. APÓS A ABERTURA DA SESSÃO, O PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI, ORIENTADOR E PRESIDENTE DA BANCA JULGADORA, DEU SEGUIMENTO AOS TRABALHOS, APRESENTANDO OS DEMAIS EXAMINADORES, OS PROFESSORES DOUTORES: PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI (ORIENTADOR), PROFA. DRA. ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA (CO-ORIENTADOR/A), PROF.(A) DR.(A) ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (MEMBRO EXTERNO) E PROF.(A) DR.(A) FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE (MEMBRO INTERNO). FOI DADA A PALAVRA A AUTORA, QUE EXPÔS SEU TRABALHO E, EM SEGUIDA, OUVIU-SE A LEITURA DOS RESPECTIVOS PARECERES DOS INTEGRANTES DA BANCA. TERMINADA A LEITURA, PROCEDEU-SE À ARGUIÇÃO E RESPOSTAS DA ALUNA. AO FINAL, A BANCA, REUNIDA EM SEPARADO, RESOLVEU **APROVAR** A MESTRANDA. NADA MAIS HAVENDO A TRATAR, FOI ENCERRADA A SESSÃO E LAVRADA A PRESENTE ATA QUE SERÁ ASSINADA POR QUEM DE DIREITO. VITÓRIA, 20 DE SETEMBRO DE 2024.

CONSIDERAÇÕES DA BANCA DE DEFESA:

O PROJETO É RELEVANTE E ABORDA TEMÁTICA SENSÍVEL À SAÚDE PÚBLICA. REALIZAR AJUSTES NO RESUMO E NO REFERENCIAL TEÓRICO. REVER A QUESTÃO CONCEITUAL ENVOLVENDO O TIPO DE VIOLÊNCIA QUE ESTÁ SENDO ANALISADO. DETALHAR MAIS A METODOLOGIA DA PNS 2019 E A INFLUÊNCIA DISTO NOS RESULTADOS. REVER AS CONSIDERAÇÃO FINAIS COM BASE NO TIPO DE VIOLÊNCIA ANALISADO.

EM CONCLUSÃO, O MESTRANDO ESTÁ APTO PARA RECEBER O TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:

ORIENTADOR: PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI

CORIENTADORA: PROFA. DRA. ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA

MEMBRO EXTERNO: PROF.(A) DR.(A) ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA

MEMBRO INTERNO: PROF.(A) DR.(A) FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE

DISCENTE: CAMILA ROCHA ATAÍDE QUARESMA



Documento assinado digitalmente

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA

Data: 30/09/2024 20:36:40-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA - SIAPE 2975537
Departamento de Medicina Social - DMS/CCS
Em 04/10/2024 às 11:30

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/1005229?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
FRANCIELE MARABOTTI COSTA LEITE - SIAPE 2534135
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 04/10/2024 às 11:50

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/1005249?tipoArquivo=O>

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres que mesmo controladas e torturadas historicamente lutaram com garra e determinação para conquistar o direito de serem livres e viverem com dignidade. Hoje nós mulheres somos possuidoras de direitos graças às nossas ancestrais que viveram lutas, silêncios e gritos, mutilações e superações, mas não desistiram de recomeçar.

"...Que todo dia seja dia de tu ser admirada pela força, pela garra, pela coragem estampada de ser verdadeira e justa mesmo sendo injustiçada.

Que todo dia seja dia de você ser engraçada, pois sorrir e fazer rir deixa a alma aliviada, mas se a tristeza chegar que tu seja consolada.

Que todo dia seja dia de sair pela calçada, de caminhar do seu jeito discreto ou com rebolada, de mini saia ou de burca e não ser assediada.

Que todo dia seja dia de você ser mais ousada, de amar quem quiser amar e por alguém ser amada, o amor é o melhor transporte pra seguir essa jornada.

Enfim mulher, que todo dia seja dia de não ter a voz calada e se alguém ousar calar, que essa voz seja elevada.

Que todo dia seja o dia da mulher ser respeitada."

Poema escrito por: Bráulio Bessa.

AGRADECIMENTOS

Vivenciei a experiência do mestrado de várias formas, mas a mais significativa para mim foi a de superação. Esse processo veio cheio de desafios e um deles foi vencer meus medos e me aventurar em uma cidade grande para conquistar o sonho de ser mestre.

Para estar inteira nesse processo precisei de uma rede de apoio e por isso tenho muito a agradecer:

Em primeiro lugar a Deus que nunca deixou que eu desistisse e esteve comigo até o fim, pude sentir a Sua presença em todos os momentos.

Ao meu marido (Eulival Quaresma de Oliveira Filho) que sempre me apoiou e possibilitou a concretização de todos os meus sonhos. Obrigada meu amor por estar sempre ao meu lado.

Ao meu colega e irmão de coração André dos Santos Wagemacker que esteve ao meu lado me ajudando nos estudos e não me deixou sozinha na cidade grande.

Aos meus “meninos” amigos Mariano, Erique, Alexandre, Val, Erivelti, Hudson e Sivaldo Júnior que se mostraram companheiros de verdade.

Agradeço a Alessandra, Toti e Ana Lúcia que no período em que estive morando em Vitória foram minha família durante as semanas solitárias. Agradeço as conversas de fim de tarde, os cafés e o cuidado.

As minhas amigas “meStralhas” Ana Cláudia, Lilian, Carol e Waltesia pelos momentos de alegria que fizeram dos dias de estudos mais leves.

Aos queridos Keren, Larissa Lamonato e Stanley Mendes que contribuíram significativamente me dando suporte nesta pesquisa. Keren, Larissa e Stanley, a generosidade de vocês é do tamanho da sabedoria que possuem. Obrigada.

Especialmente agradeço aos meus mestres Thiago Sarti e Ana Paula Coelho que me desafiaram, mas não soltaram minhas mãos em nenhum momento. Agradeço pelo enorme aprendizado que me fez crescer como pessoa e profissional.

Aos colegas membros do Núcleo de Estudos em Atenção Primária à Saúde que me acolheu e muito me ensinou sobre pesquisas.

RESUMO

Introdução: Baseada na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS), realizada em parceria entre o IBGE, o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz esta dissertação analisa o módulo V (Violência) vivenciada por mulheres entre 18 e 60 anos de idade ou mais e contextualiza a relação entre violência e utilização de serviços de saúde em mulheres no Brasil. **Objetivos:** Analisar a relação entre violência e utilização de serviços de saúde em mulheres no Brasil, e como objetivos específicos: Mensurar prevalência de violência e seus subtipos; Mensurar a prevalência de utilização de consultas médicas, internação hospitalar, serviços de emergência domiciliar e práticas integrativas e complementares por mulheres em situação de violência no Brasil; Identificar o padrão de utilização de consultas médicas, internação hospitalar, serviços de emergência domiciliar e práticas integrativas e complementares por mulheres em situação de violência no Brasil; Verificar associação entre violência, incluindo seus subtipos, e utilização de serviços de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional com dados da PNS 2019. Foram calculadas as prevalências e razões de prevalência bruta e ajustada de uso de serviços de saúde por tipo de violência e segundo características sociodemográficas. **Resultados:** Observa-se maiores prevalências de violência psicológica, física e sexual entre mulheres pretas, mais jovens, pertencentes ao grupo de solteiras, com autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, com menor renda familiar, sem plano de saúde e nenhuma ocupação. De maneira geral, mulheres que sofreram violência utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas às que não sofreram. Os serviços mais utilizados por mulheres que sofreram violência psicológica, física e sexual foram consulta médica, seguida de internação hospitalar e Práticas Integrativas e Complementares (PICs). A utilização de emergência domiciliar entre mulheres que sofreram violência física e sexual alcançou mais que o dobro de prevalência. **Considerações finais:** Esses resultados evidenciam que a consequência decorrente do ato de violência influencia significativamente o local onde a mulher busca atendimento após episódio de violência.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Serviços de saúde; PNS 2019.

ABSTRACT

Introduction: Based on the 2019 National Health Survey (PNS), carried out in partnership between IBGE, the Ministry of Health and the Oswaldo Cruz Foundation, this dissertation analyzes module V (Violence) experienced by women between 18 and 60 years of age or older and contextualizes the relationship between violence and the use of health services among women in Brazil. **Objectives:** analyze the relationship between violence and the use of health services among women in Brazil, and specific objectives: measure the prevalence of violence and its subtypes; measure the prevalence of use of medical consultations, hospital admissions, home emergency services and integrative and complementary practices by women in situations of violence in Brazil; identify the pattern of use of medical consultations, hospital admissions, home emergency services and integrative and complementary practices by women in situations of violence in Brazil; verify the association between violence, including its subtypes, and the use of health services. **Methods:** This is a population-based cross-sectional study using data from the PNS 2019. Crude and adjusted prevalence rates and prevalence ratios for the use of health services were calculated by type of violence and according to sociodemographic characteristics. **Results:** A higher prevalence of psychological, physical and sexual violence was observed among younger black women, belonging to the single group, with poor/very poor self-rated health, with lower family income, without health insurance and no occupation. In general, women who suffered violence used health services more when compared to those who did not suffer. The services most used by women who suffered psychological, physical and sexual violence were medical consultations, followed by hospital admission and Integrative and Complementary Practices (PICs). The use of home emergency services among women who suffered physical and sexual violence reached more than double the prevalence. **Final considerations:** These results show that the consequence resulting from the act of violence significantly influences the place where women seek care after an episode of violence.

Keywords: Violence against women; Health services; PNS 2019.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.	23
Tabela 2 Prevalência das violências contra mulheres adultas de acordo com as características sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.....	25
Tabela 3 Prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física e sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.	28
Tabela 4 Análise bruta sobre prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física e sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.	29
Tabela 5 Análise ajustada para fatores de confusão (renda, escolaridade, faixa etária e cor da pele) sobre prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física ou sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
PICS	Práticas Integrativas e Complementares a Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RP	Razão de Prevalência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFs	Unidades da Federação
VCM	Violência Contra a Mulher

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	9
3. JUSTIFICATIVA.....	17
4. OBJETIVOS.....	18
4.1. GERAL	18
4.2. ESPECÍFICOS	18
5. METODOLOGIA	19
5.1. Delineamento	19
5.2. Cenário do estudo	19
5.3. População do estudo.....	19
5.4. Principais variáveis.....	20
5.4.1. Variáveis dependentes.....	20
5.4.2. Variáveis independentes.....	20
8. RESULTADOS	23
9. DISCUSSÃO.....	31
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
11. REFERÊNCIAS.....	36
11.1. REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES.....	43
12. APÊNDICES.....	44

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher acontece ao longo da história em praticamente todos os países com os mais diferentes regimes econômicos e políticos (Leite et al., 2017). Além de se tratar de um fenômeno mundial tem sido reconhecida como um contribuinte significativo para a saúde das mulheres (OMS, 2002).

O reflexo da violência contra a mulher pode ser observado diante dos alarmantes dados encontrados no país e no mundo. Em relatório publicado pela Organização das Nações Unidas Mulheres, no Brasil a taxa de feminicídios é de 4,8 para 100 mil mulheres, a quinta maior no mundo. Em 2015, o Mapa da Violência sobre homicídios entre o público feminino revelou que, de 2003 a 2013, o número de assassinatos de mulheres negras cresceu 54%. Na mesma década houve um aumento de 190,9% na vitimização de negras, índice que resulta da relação entre as taxas de mortalidade branca e negra (ONU, 2016).

O único estudo de base populacional brasileiro feito com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS) mostra uma prevalência de violência contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo de 7,9% em mulheres de 18 a 59 anos, destacando-se a violência psicológica (7,07%), seguida pela física (2,75%) e sexual (0,68%). São dados alarmantes que mostram a gravidade do problema e a necessidade de intervenção (Vasconcelos et al., 2021).

Apesar da importante melhora na legislação brasileira relacionada à violência e na infraestrutura de informação na última década, a violência contra a mulher no Brasil permanece estável e crônica, com prevalência e mortalidade alarmantes e inaceitáveis (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019; Cerqueira et al., 2021). Somente medidas coercitivas não são capazes de diminuir a violência contra as mulheres, sendo necessárias ações educativas e de valorização delas na sociedade (Amaral; Amaral; Amaral, 2013).

São necessárias ações integradas e de comprovado impacto envolvendo educação, saúde, segurança pública, esporte, lazer e cultura, bem como uma reorientação do valor e do papel que a mulher exerce numa sociedade desigual, violenta, patriarcal e machista como a brasileira (Ellsberg et al., 2015).

Nos últimos anos, em especial a partir dos anos 2000, houve significativo avanço das pesquisas científicas sobre violência contra a mulher. Os Estados Unidos da América são o país com maior produção acadêmica na área, sendo que o Brasil ocupa um relevante quarto lugar no ranking, em grande parte decorrente das publicações da Universidade de São Paulo (Pinto e Christino, 2021). Por outro lado, não são ainda muito frequentes estudos nacionais relacionados à violência contra a mulher (Minayo e Assis, 2017). É nesse sentido que estudos envolvendo o Brasil como um todo são relevantes para enriquecer o entendimento científico dos condicionantes da violência contra a mulher, bem como estratégias de enfrentamento do problema.

São tradicionais na saúde pública os estudos sobre utilização dos serviços de saúde (Giovanella et al., 2017). É fundamental para a organização dos sistemas de saúde compreender os facilitadores e as barreiras a respeito do que motiva as pessoas a procurarem os serviços, se estas obtêm ou não o cuidado almejado e necessário e se este é resolutivo ou não (Loue, 2002).

Os serviços de saúde pública são essenciais no enfrentamento deste problema. São os que estão mais próximos da população, são os mais acessíveis – ao menos em tese, baseiam suas práticas em uma abordagem acolhedora e integral, dispõem de profissionais de saúde de distintas áreas, e são frequentemente os responsáveis pela ordenação e coordenação do cuidado na rede de atenção. Cabe, portanto, aos gestores seu fortalecimento e integração com serviços complementares e especializados na abordagem à vítima de violência. Cuidados adequados prestados em tempo oportuno são essenciais para a prevenção de complicações nessas pessoas (Lovestad et al., 2021; Mendonça et al., 2020; Umeda et al., 2017; d'Oliveira et al., 2009).

Garantir o acesso aos serviços de saúde de maneira integral e equânime é objetivo prioritário do SUS. Iniciativas, incluindo científicas, que somam esforços para adequação da rede de serviços de saúde às necessidades de saúde são fundamentais em um país com graves problemas sociais e econômicos.

Nesse sentido, de modo a contribuir com a redução da violência contra a mulher, os serviços de saúde devem integrar-se a um serviço social mais amplo, exercendo importante papel no enfrentamento desse fenômeno (Leite et al., 2017).

Desta forma, faz-se pertinente resgatar a trajetória histórica da inclusão da violência na agenda da saúde.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre violência e utilização de serviços de saúde em mulheres no Brasil, bem como verificar quais são os serviços mais utilizados (consultas médicas, internação hospitalar, serviços de emergência domiciliar e práticas integrativas e complementares) e se existe alguma modificação no padrão de utilização dos serviços em função do tipo de violência sofrida.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Um fenômeno histórico que afeta a sociedade e que é capaz de causar danos, muitas vezes irreparáveis, à saúde da vítima é a violência. O Ministério da Saúde do Brasil conceitua violência como ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros (Brasil, 2001, p. 7).

Já a Organização Mundial da Saúde define a violência como o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

Minayo (2006) traz uma análise crítica para definição de violência. A autora ressalta o sentido de intencionalidade no ato da violência e afirma que tal intencionalidade situa a violência no âmbito eminentemente humano, pois só os humanos possuem intencionalidade em seus atos ou omissões. A autora ainda comenta que a ideia de intencionalidade mostra que a violência é um fenômeno sobre o qual existe responsabilidade dos sujeitos individuais e coletivos, uma vez que as ações violentas se realizam por meio das pessoas dentro de sua cultura.

O Brasil sempre teve uma história de violência articulada à sua forma de desenvolvimento. Os brasileiros são por natureza um povo violento que se escondem por detrás da ideologia de que somos um país pacífico. O mito da cordialidade vem sendo questionado na obra de Lucy Dias e Roberto Gambini (1999) intitulada: *“Outros 500: uma conversa sobre a alma brasileira.”*

Nesta obra, os autores discutem que o Brasil teve seu nascimento permeado pela cultura do estupro. Os portugueses ao chegarem em terras brasileiras encontram um povo indígena e os consideram como estranhos, primitivos, pobres e selvagens e, loucos para copular não buscavam a alma das mulheres, nem sua cultura autóctone, nem a sabedoria do seu povo, buscando nas mulheres indígenas apenas o prazer. Os autores problematizam também o papel da escravidão na construção da alma brasileira, onde, igualmente, as mulheres escravas eram usadas para satisfazerem o prazer dos senhores e de seus filhos.

Em qualquer época da história do Brasil, a violência esteve e está presente, sendo que todo período colonial foi marcado pelo desprezo e pela crueldade contra índios e negros e pela exploração de sua força de trabalho e de sua cultura (Minayo, 2006; Dias e Gambini, 1999).

Ainda sobre experiências cruéis de formas de violência, Minayo cita o período em que o Brasil viveu as lutas pelo socialismo, os efeitos da Guerra Fria, os sonhos de desenvolvimento e dois períodos de ditadura. Aos períodos de ditadura, que duraram 21 anos, os brasileiros sofreram restrições impostas pelos que assumiram o poder e viveram momentos obscuros e atos inconstitucionais onde as liberdades individuais e os direitos políticos foram cerceados e suspensos, e os partidos políticos extintos. No evento a população civil sofreu repressão, aprisionamento e tortura, esta última compreendida pela autora como a maior forma de crueldade cometida contra o ser humano. Nesse período de terríveis crueldades, as mulheres mais uma vez não foram poupadas e a autora chama a atenção para a arma de persuasão utilizada como estratégia para humilhar os homens, nos mais diferentes momentos históricos e em diversas sociedades: o estupro de mulheres.

A determinação da violência relaciona-se a fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais e interpessoais (Guimarães et al., 2006). A violência contra a mulher é um fenômeno duradouro enraizado em uma complexa interação de estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e ambientais (Barufaldi et al., 2017).

É fato que o fenômeno violência está enraizado em nossa sociedade e que as mulheres são, historicamente, as maiores vítimas. Como prova fatídica dessa afirmação, desde tempos remotos o dote era uma prática realizada pelos pais das mulheres, onde bens ou dinheiro eram oferecidos para a consumação do casamento. Esta prática se deu em diversos países como Inglaterra, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Espanha, Portugal, Malta e Brasil. Na Índia esta prática é ainda comum (Nazzari, 2001, p.361).

A gestação de uma mulher também exercia forte influência no casamento, pois a espera por um filho homem era tida como preferência pela família. Leda Maria Hermann (2007, p. 54) afirma que:

Desde a antiguidade e ao longo da Idade Média e da Idade Moderna, filhas mulheres eram indesejáveis, pois não serviam à perpetuação da Linhagem paterna e ao serviço pesado da lavoura e do pastoreio; só para os trabalhos domésticos, pouco lucrativos e, portanto, inferiores. Os casamentos eram decididos pelo pai, que tinha o dever de ofertar um dote como compensação pelo encargo de manter e sustentar, a partir dali, a mulher que tomava por esposa. Da subserviência à figura paterna a mulher passava diretamente à submissão e obediência ao marido.

Nesses meandros, a figura da mulher foi desaparecendo e os espaços por ela ocupados se restringia, ficando destinada apenas aos serviços domésticos e à tarefa da maternidade.

A mulher não tinha voz na sociedade, necessitando sempre ter um homem a sua frente, pois era considerada como relativamente incapaz, não podendo realizar os atos da sua vida civil sem que fosse assistida ou validada pelo seu marido. À mulher cabia o papel da submissão (Jusbrasil, 2018). O código civil de 1916 traz disposto em seu artigo 233 tal afirmativa:

Art. 233. O marido é o chefe da sociedade conjugal. Compete-lhe:

I. A representação legal da família;

II. A administração dos bens comuns e dos particulares da mulher, que ao marido competir administrar em virtude do regime matrimonial adaptado, ou do pacto antenupcial;

III. direito de fixar e mudar o domicílio da família;

IV. O direito de autorizar a profissão da mulher e a sua residência fora do teto conjugal;

V. Prover à manutenção da família, guardada a disposição do art. 277.

Nota-se que o código civil de 1916 dava ao homem o poder absoluto sobre a mulher. Fato que foi mudado no ano de 2002, ano em que foi sancionada a Lei 10.406 que substituiu o código de 1916. Ocorreram significativas modificações, e uma delas foi o surgimento dos movimentos feministas, onde a mulher passava a adquirir o seu espaço na sociedade e buscava a igualdade de direitos em relação aos homens, em todas as áreas, inclusive profissional (Senado Federal, 2022).

Graças a luta feminista pela igualdade de direitos, o tema violência voltou a ser palco de reivindicações e protestos para que fosse criada uma lei específica com foco na proteção à mulher em situação de violência. Uma vez que agressão contra a mulher era tratada como crime de menor potencial ofensivo.

Desde então, o Brasil apresentou, mesmo que de forma lenta e contraditória, importantes avanços legislativos e assistenciais no combate à violência contra a mulher. Destaca-se a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), que prevê a adoção de medidas integradas de prevenção e assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Do conjunto desses avanços, hoje a violência contra a mulher é de notificação compulsória, o feminicídio é considerado homicídio qualificado, e os serviços de saúde e segurança pública dispõem de diretrizes para o atendimento humanizado e obrigatório às vítimas de violência sexual, dentre outras coisas (Minayo e Assis, 2017).

Em suma, a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e traz formas e conceitos de violência, incluindo a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

Importante destacar que existem várias formas de violência, a violência contra a mulher, a violência de gênero; violência intrafamiliar e a violência doméstica.

A violência contra a mulher é todo e qualquer tipo de violência perpetrada contra as mulheres (Couto, 2017).

Casique e Furegato (2006) definem violência de gênero como:

Aquela exercida pelos homens contra as mulheres, em que o gênero do agressor e o da vítima estão intimamente unidos à explicação desta violência. Dessa forma, afeta as mulheres pelo simples fato de serem deste sexo, ou seja, é a violência perpetrada pelos homens mantendo o controle e o domínio sobre as mulheres e pode ocorrer em espaços privados ou públicos.

Ainda para as autoras a violência intrafamiliar é uma forma de violência a que muitas mulheres estão submetidas, tendo origem entre os membros da família, independentemente se o agressor esteja ou não compartilhando o mesmo domicílio.

De acordo com o artigo 5º da Lei 11.340/06- Lei Maria da Penha (2006), configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Podendo ocorrer no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família e em qualquer relação íntima de afeto.

A lei também traz em seu artigo 7º os tipos dessas violências, que são a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, e podem ser definidas como:

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

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

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

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

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

No Brasil e no mundo, a violência que vitima as mulheres se constitui em sério problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina (Brasil, 2016). As mulheres expostas à violência têm um risco de mortalidade 8 vezes maior do que a população feminina em geral (Sandoval, 2020).

A inclusão do atendimento das vítimas de violência no setor saúde foi conquistada a passos lentos. Minayo apresenta a trajetória histórica da inclusão da violência na agenda da saúde e afirma que existem inegáveis evidências da importância dessa problemática para a área da saúde (Minayo, 2007).

É recente a emergência do tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde (Minayo et al., 2018). Foi apenas na década de 1980 que o tema da violência ganha maior destaque na agenda dos debates políticos e sociais, incluindo o campo programático da saúde, no mundo ocidental. Contudo, a entrada oficial desta

temática na pauta do setor saúde no Brasil só ocorreu em 2001, quando o Ministério da Saúde (MS) promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) (Minayo et al., 2018; Minayo e Assis, 2017).

A introdução da violência contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminino e teve expressão fundamental na construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 (Brasil, 1983; Minayo, 2007). Em 2004, o PAISM foi transformado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, sendo uma de suas prioridades a assistência a mulheres e adolescentes expostas à violência (Brasil MS, 2004; Minayo MCS et al., 2018).

Somando-se a isso, a partir da implementação da Lei Maria da Penha os casos de violência contra a mulher passaram a ganhar mais visibilidade, uma vez que a lei garante medidas integradas de prevenção e assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, a saber:

Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

Enfrentar o problema da violência contra a mulher ultrapassa o contexto dos serviços de saúde e requer uma rede de apoio para efetuar a resolução desta questão (Carreira e Panjarjian, 2003). Esta interface entre a violência e os serviços de saúde deve ser pensada através da lógica do SUS, juntamente com outros serviços que constituem a rede de suporte social (Santi et al., 2010).

Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo, baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (Paim et al., 2011).

Os sistemas de saúde podem ser compreendidos como sistemas sociais que apresentam uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerência que visam oferecer serviços de saúde para uma população (Bispo Junior; Messias, 2005; Flexa, 2018). É definido a partir de suas leis e regulações, forma de financiamento, lógicas de administração e do escopo de sua produção dos serviços e bens de saúde

para o atendimento a determinada população (Santos, 2009; Flexa; Barbastefano, 2020).

O Brasil vem apresentando progressos significativos no sistema de saúde voltado para a tónica da violência. A criação da Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017 merece destaque, pois vem alterar o art. 7º da Lei nº 8.080/90, inserindo entre os princípios do SUS, o princípio da organização de atendimento público, específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

O SUS está organizado em três níveis de atenção e assistência à saúde, sendo eles: atenção primária, atenção ambulatorial especializada e hospitalar (Brasil, 2011). As ações e os serviços públicos de saúde do SUS se organizam de forma integrada, regionalizada e hierarquizada, sendo a assistência à saúde livre à iniciativa privada. Quando as disponibilidades de recursos próprios são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS pode recorrer, por contratos e convênios, aos serviços prestados pela iniciativa privada (Paim et al., 2011; Viacava et al., 2018).

Pesquisa recente mostra a evolução da oferta de estabelecimentos e recursos de saúde no país. O acesso aos serviços de saúde aumentou ao longo das três últimas décadas. Indicadores, que têm como fonte as PNAD e a PNS, mostram um maior percentual de pessoas que referem ter consultado médicos, e apontam que mais pessoas têm procurado e obtido serviços de saúde (Viacava et al., 2018).

Estudos apontam que os serviços de saúde são os locais mais procurados pelas mulheres em situação de violência (Monteiro CFS et al, 2006). Dentre os serviços de saúde mais procurados pelas mulheres que sofreram violência sexual e doméstica estão o pronto-socorro. Observou-se que o hospital é o local de escolha quando o estado da vítima é grave. Já o posto de saúde tende a ser utilizado no caso dos traumas leves (Santi et al., 2010).

Em estudos realizados nos EUA, Espanha, Canadá, Suécia e Japão mostram que mulheres que sofreram violência, em especial física, usam mais serviços de emergência, saúde mental, ambulatório hospitalar, atenção primária, farmácia e serviços especializados quando comparadas a mulheres não vitimadas (Lovestad et al., 2021; Umeda et al., 2017; Vijayaraghavan et al., 2012; Dichter e Rhodes, 2011; Montero et al., 2011; Miller et al., 2010; Bonomi et al., 2009).

Entretanto, outro aspecto a ser considerado, em relação às mulheres que sofreram violência, é que a procura por serviços de saúde se dá muitas vezes pela estruturação do serviço, tipo e consequência da violência sofrida (Montero et al., 2011).

Essa complexa e perene relação violência-rede de suporte é um desafio ao longo da trajetória histórica da violência contra a mulher. Essas mulheres encontram grande dificuldade de obterem ajuda de fontes institucionalizadas ou mesmo informais, agravando sua condição de vulnerabilidade. Há diversas barreiras à obtenção de ajuda em serviços de saúde, social e/ou segurança pública, dentre elas: o isolamento social forçado da mulher imposto pelo agressor; o medo de que a exposição do contexto de violência na qual se encontra resulte em um agravamento das agressões; a presença de sentimentos negativos de culpa e vergonha; o preconceito quanto às causas e as medidas de enfrentamento da violência ainda comum na comunidade; e a baixa disponibilidade e o difícil acesso a serviços preparados para o atendimento à mulher em situação de violência (Minayo e Franco, 2018; García-Moreno et al., 2005).

Quanto aos serviços de saúde, diversos fatores podem também dificultar a obtenção do cuidado adequado, como alto custo para deslocamento e acesso ao atendimento, pouco preparo para o acolhimento de pessoas em situação de violência aguda ou crônica, relações entre profissionais e usuários conflituosas e desumanizantes, a percepção da mulher sobre a baixa resolubilidade do serviço em caso de violência, e o desconhecimento sobre a disponibilidade e o modo de funcionamento destes (García-Moreno et al., 2005).

Os profissionais de saúde vêm ocupando uma posição privilegiada por serem um dos primeiros a entrar em contato com as mulheres em situação de violência (Silva et al., 2023). É importante que esses profissionais passem por treinamento que viabilize uma conduta adequada, um acolhimento eficiente e uma escuta qualificada para o atendimento dessas mulheres. Visto que, não apenas as mulheres, mas também os profissionais de saúde possuem dificuldade em falar e tratar da violência (Leite et al., 2017).

É necessário que se compreenda o papel de todos os profissionais do serviço para que todos os profissionais e trabalhadores sejam sensibilizados para o tema

violência e preparados para serem promotores da não violência por meio de divulgação e informação sobre os direitos e serviços existentes e acessíveis na comunidade e fora dela (d'Oliveira et al., 2009).

3. JUSTIFICATIVA

A violência contra a mulher é uma questão de saúde pública que precisa ser trabalhada em rede, intersetorialmente, pois envolve outras áreas. Não se trata de promover apenas campanhas de prevenção, mas de garantir a continuidade da proteção por meio de serviços efetivos com equipes especializadas.

Os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência são de fundamental importância para o enfrentamento desse problema, sendo imprescindível que estes estejam articulados a fim de promover uma atenção integral à mulher (Arboit et al., 2017). Nos últimos anos, foram criados serviços específicos voltados para mulheres em situação de violência, tais como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais (Schraiber et al., 2002).

Em algumas situações de atendimento na rede de atenção à saúde, faz-se necessário encaminhar a mulher à outros pontos da rede de serviços, tais como assistência social, poder judiciário, centros de referência, entre outros. E estes precisam estar articulados para garantir a continuidade do atendimento. A articulação intersetorial é necessária para se assegurar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos (Menezes et al., 2014).

Autores como Vieira et al. (2016); Vieira e Hasse (2017); Silvino et al. (2016) e Leite et al. (2019) reconhecem que é preciso haver a integração de um trabalho intersetorial com um diálogo entre os serviços para que possa haver comunicação para um atendimento integral e efetivo. Tal comunicação propiciará encaminhamentos adequados a essas mulheres.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que uma a cada três mulheres no mundo já foram espancadas ou violentadas sexualmente (KRUG et al., 2002), e este problema é nitidamente percebido nos serviços de saúde, pois é o serviço de saúde que a mulher procura de imediato (Monteiro CFS et al, 2006).

Há farta literatura delineando modelos teóricos de acesso e utilização de serviços de saúde, seja de APS, de emergência ou hospitalar (Levesque, Harris e Russell, 2013; Travassos e Martins, 2004). Contudo, não são tão comuns estudos dessa natureza voltados a pessoas em situação de violência, em especial mulheres.

Questões sobre a procura por serviços de saúde pela mulher em situação de violência fazem refletir sobre entraves e potencialidades existentes na política de saúde: Quais serviços de saúde mais acessados e utilizados por mulheres em situação de violência? O tipo de violência sofrida afeta (influencia) no tipo de serviço acessado? Estar vinculado a um serviço de saúde tem relação com o local onde a mulher busca atendimento após episódio de violência? Desta forma, faz-se necessário que estudos contendo estes questionamentos sejam realizados, pois os resultados poderão impactar positivamente na organização da rede de serviços de saúde do SUS e adequação dos modelos de atenção ambulatorial e hospitalar ao darem subsídios para gestores e demais grupos de interesse.

4. OBJETIVOS

4.1. GERAL

Analisar a relação entre violência e utilização de serviços de saúde em mulheres no Brasil.

4.2. ESPECÍFICOS

- Mensurar prevalência de violência e seus subtipos.
- Mensurar a prevalência de utilização de consultas médicas, internação hospitalar, serviços de emergência domiciliar e práticas integrativas e complementares por mulheres em situação de violência no Brasil.
- Identificar o padrão de utilização de consultas médicas, internação hospitalar, serviços de emergência domiciliar e práticas integrativas e complementares por mulheres em situação de violência no Brasil.
- Verificar associação entre violência, incluindo seus subtipos, e utilização de serviços de saúde

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento

Trata-se de um estudo transversal de base populacional com dados da PNS 2019, um inquérito nacional de base domiciliar realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

5.2. Cenário do estudo

A PNS 2019 ocorreu em todo o território nacional, onde foram estimados os dados para as áreas urbana e rural, por grandes regiões nacionais, Unidades da Federação (UFs), capitais, e regiões metropolitanas do Brasil. O estudo terá como cenário as unidades de federação brasileiras.

5.3. População do estudo

A população pesquisada pela PNS 2019 corresponde aos residentes em domicílios particulares permanentes do Brasil, sendo excluídos portanto os localizados nos setores censitários especiais (compostos por aglomerados subnormais; quartéis, bases militares etc.; alojamento, acampamentos etc.; embarcações, barcos, navios etc.; aldeia indígena; penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias etc.; asilos, orfanatos, conventos, hospitais etc.; e assentamentos rurais) (Brasil, 2021).

Para o presente estudo, foram selecionadas mulheres com idade entre 18 – 60 anos de idade ou mais que responderam ao módulo de violência (n=46.869).

5.4. Principais variáveis

5.4.1. Variáveis dependentes

O estudo possuirá como variáveis dependentes a utilização de consultas médicas, de internação hospitalar, de pronto atendimento, de serviços de emergência domiciliar e de práticas integrativas e complementares.

A variável desfecho foi construída utilizando o módulo J (utilização de serviços de saúde).

A utilização de consulta médica foi considerada quando a mulher referiu ter utilizado ao menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, caracterizando-se numa variável categórica dicotômica (sim/não) e foi mensurada pela seguinte pergunta:

J12. “Quantas vezes você consultou um médico nos últimos doze meses?”.

A utilização de internação hospitalar, de pronto atendimento, de serviços de emergência domiciliar e de práticas integrativas e complementares também foram tratadas de maneira dicotômica (sim/não), sendo mensuradas pelas seguintes questões respectivamente:

J37. “Nos últimos doze meses, você ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?”;

J46. “Nos últimos doze meses, você teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio?”;

J53a. “Nos últimos doze meses, você utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chin chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde?”.

5.4.2. Variáveis independentes

As variáveis independentes principais são ter sofrido violência e o tipo de violência.

Ter sofrido violência foi tratada como variável dicotômica (sim/não). Foi considerada mulher que sofreu violência aquela que respondeu positivamente a pelo menos uma das seguintes perguntas:

V2. Nos últimos doze meses, alguém:

- a. Te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas?;
- b. Gritou com você ou te xingou?;
- c. Usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?;
- d. Ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você?;
- e. Destruir alguma coisa sua de propósito?

V14. Nos últimos doze meses, alguém:

- a. Te deu um tapa ou uma bofetada?;
- b. Te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar?;
- c. Te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo?;
- d. Tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito?;
- e. Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?

V27. Nos últimos doze meses, alguém:

- a. Tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade?;
- b. Te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?

O tipo de violência sofrida foi classificada em psicológica (aquelas que responderem positivamente a alguma pergunta do item V2), física (aquelas que responderem positivamente a alguma pergunta do item V14) e sexual aquelas que responderem positivamente a alguma pergunta do item V27).

As variáveis sociodemográficas selecionadas foram: raça/cor da pele (branca, preta, parda, indígena/amarela); faixa etária (18-39 anos; 40-59 anos; 60 anos ou mais); estado civil atual (casada, solteira, separada/divorciada, viúva); escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; superior completo); renda domiciliar per capita (até ¼ salário mínimo; mais de ¼ até ½ salário mínimo; mais de ½ até 1 salário mínimo; mais de 1 até 2 salários mínimos; mais de 2 até 3 salários mínimos; mais de 3 até 5 salários mínimos; mais de 5 salários mínimos); autoavaliação de saúde (boa/muito boa, regular, ruim/muito ruim); plano de saúde (não, sim); ocupação (não, sim).

Variáveis consideradas como possíveis fatores de confusão: raça/cor, idade, escolaridade e renda.

6. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados iniciou-se a partir da caracterização da amostra, incluindo descrição da frequência de todas as variáveis incluídas no estudo com respectivos intervalos de confiança. Posteriormente realizou-se uma análise descritiva da utilização de consultas médicas, internação hospitalar, pronto atendimento, serviços de emergência domiciliar e de práticas integrativas e complementares por mulheres que sofreram violência.

Para todos os desfechos, foram realizadas análises bivariadas utilizando o teste do qui-quadrado.

Em seguida foi mensurado o efeito da violência na utilização de serviços de saúde, utilizando o modelo de Regressão de Poisson (com variância robusta, bruta e ajustada) considerando o ajuste/controlado para variáveis de confusão (raça/cor, idade, escolaridade e renda).

Para análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico Stata 13.0.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, a PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em agosto de 2019, parecer nº 3.529.376. A pesquisa atende a todas as normas e diretrizes da Resolução 466/2012 do CNS e todos os respondentes foram esclarecidos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

8. RESULTADOS

Foram avaliadas 46.869 mulheres. A maioria autodeclarou-se de cor parda (50,56%), com idade entre 18-39 anos (37,18%), solteira (42,56%), sem instrução e com ensino fundamental incompleto (37,80%), ganhava mais de ½ até 1 salário mínimo (29,43%), avaliou a saúde como boa/muito boa (58,35%), não possuía plano de saúde (75,82%) e declararam ter alguma ocupação (91,14%) (Tabela 1).

A prevalência total de violência encontrada neste estudo foi de 18,68% (n= 8.753), dentre as participantes houve predomínio da violência psicológica 17,88% (n= 8.379), seguida da física 3,99% (n= 1.868) e com menor prevalência a sexual 1,03% (n= 483).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	n	%
Cor da pele (n= 46.866)		
Branca	17.283	36,88
Preta	5.189	11,07
Parda	23.696	50,56
Indígena/amarela	698	1,49
Faixa etária (n=46.869)		
18 a 39 anos	17.427	37,18
40 a 59 anos	16.907	36,07
60 anos ou mais	12.535	26,74
Estado civil atual (n=46.869)		
Casada	16.093	34,34
Solteira	19.948	42,56
Separada/divorciada	4.648	9,92
Viúva	6.180	13,19
Escolaridade (n=46.869)		
Sem instrução e fundamental incompleto	17.715	37,80
Fundamental completo e médio incompleto	6.072	12,96
Médio completo e superior incompleto	14.995	31,99
Superior completo	8.087	17,25

Renda domiciliar per capita (n=46.851)		
Até ¼ salário-mínimo	5.129	10,95
Mais de ¼ até ½ salário-mínimo	7.581	16,18
Mais de ½ até 1 salário-mínimo	13.79	29,43
Mais de 1 até 2 salários-mínimos	11.254	24,02
Mais de 2 até 3 salários-mínimos	3.772	8,05
Mais de 3 até 5 salários-mínimos	2.812	6,00
Mais de 5 salários-mínimos	2.513	5,36
Autoavaliação de saúde (n=46.869)		
Boa/Muito boa	27.348	58,35
Regular	15.753	33,61
Ruim/Muito ruim	3.768	8,04
Plano de saúde (n=46.869)		
Não	35.538	75,82
Sim	11.331	24,18
Ocupação (n=25.014)		
Não	2.217	8,86
Sim	22.797	91,14

Ao avaliar as prevalências das violências de acordo com as características sociodemográficas em estudo (Tabela 2) observou-se maior prevalência de violência em mulheres que se autodeclararam de cor da pele preta (21,55%; IC95% 20,44 - 22,68), com idade entre 18 e 39 anos (24,31%; IC95% 23,68 - 24,95), solteiras (23,03%; IC95% 22,45 - 23,61), ensino fundamental completo e médio incompleto (21,18%; IC95% 20,16 - 22,22) e com rendimento de até ¼ salário mínimo (23,65%; IC95% 22,50 - 24,83).

Tabela 2 Prevalência das violências contra mulheres adultas de acordo com as características sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Características sociodemográficas	Violência Geral	P valor	Violência Psicológica	P valor	Violência Física	P valor	Violência Sexual	P valor
Cor da pele		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p=293
Branca	16,99 (16,46 - 17,56)		16,31 (15,77 - 16,87)		03,10 (02,85 - 03,37)		00,91 (00,78 - 01,06)	
Preta	21,55 (20,44 - 22,68)		20,54 (19,46 - 21,66)		04,72 (04,17 - 05,33)		01,11 (00,86 - 01,44)	
Parda	19,21 (18,71 - 19,72)		18,37 (17,88 - 18,86)		04,47 (04,21 - 04,74)		01,09 (00,97 - 01,23)	
Indígena/amarela	20,92 (18,05 - 24,09)		20,05 (17,24 - 23,19)		03,86 (02,66 - 05,58)		01,00 (00,47 - 02,08)	
Faixa etária		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
18 a 39 anos	24,31 (23,68 - 24,95)		23,23 (22,61 - 23,87)		06,31 (05,96 - 06,68)		01,66 (01,48 - 01,87)	
40 a 59 anos	18,79 (18,20 - 19,38)		17,93 (17,36 - 18,51)		03,51 (03,24 - 03,80)		00,92 (00,78 - 01,07)	
60 anos ou mais	10,68 (10,15 - 11,23)		10,34 (09,82 - 10,89)		01,38 (01,19 - 01,60)		00,28 (00,20 - 00,39)	
Estado civil atual		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Casado	15,33 (14,78 - 15,89)		14,67 (14,13 - 15,23)		02,64 (02,40 - 02,90)		00,57 (00,46 - 00,70)	
Solteiro	23,03 (22,45 - 23,61)		21,98 (21,41 - 22,56)		05,66 (05,35 - 05,99)		01,57 (01,41 - 01,75)	
Separado/divorciado	22,7 (21,51 - 23,92)		21,96 (20,79 - 23,17)		04,81 (04,23 - 05,47)		01,26 (00,98 - 01,63)	
Viúvo	10,31 (09,57 - 11,09)		09,88 (09,16 - 10,65)		01,44 (01,17 - 01,76)		00,29 (00,18 - 00,46)	
Escolaridade		p<0,001		p<0,001		p=954		p=001
Sem instrução e fundamental incompleto	16,04 (15,50 - 16,59)		15,33 (14,81 - 15,87)		03,40 (03,14 - 03,68)		00,76 (00,64 - 00,90)	
Fundamental completo e médio incompleto	21,18 (20,16 - 22,22)		20,28 (19,29 - 21,32)		06,09 (05,51 - 06,72)		01,21 (00,97 - 01,52)	
Médio completo e superior incompleto	20,55 (19,90 - 21,20)		19,69 (19,06 - 20,33)		04,32 (04,00 - 04,65)		01,27 (01,10 - 01,46)	
Superior completo	19,09 (18,25 - 19,96)		18,26 (17,43 - 19,12)		03,05 (02,70 - 03,45)		01,01 (00,81 - 01,25)	
Autoavaliação de saúde		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Boa/Muito boa	16,61 (16,17 - 17,05)		15,84 (15,41 - 16,27)		03,60 (03,38 - 03,82)		00,87 (00,77 - 00,99)	
Regular	20,56 (19,93 - 21,19)		19,70 (19,09 - 20,33)		04,19 (03,89 - 04,52)		01,19 (01,04 - 01,38)	
Ruim/Muito ruim	25,8 (24,42 - 27,21)		25,02 (23,66 - 26,43)		05,89 (05,18 - 06,69)		01,43 (01,09 - 01,86)	
Renda domiciliar per capita		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001

Até ¼ salário mínimo	23,65 (22,50 - 24,83)	22,77 (21,64 - 23,94)	06,88 (06,22 - 07,60)	01,71 (01,39 - 02,10)
Mais de ¼ até ½ salário mínimo	21,03 (20,12 - 21,95)	19,99 (19,11 - 20,91)	05,50 (05,00 - 06,03)	01,18 (00,96 - 01,45)
Mais de ½ até 1 salário mínimo	18,41 (17,77 - 19,06)	17,62 (16,99 - 18,26)	03,82 (03,51 - 04,15)	00,92 (00,78 - 01,10)
Mais de 1 até 2 salários mínimos	16,95 (16,26 - 17,64)	16,25 (15,58 - 16,94)	03,01 (02,71 - 03,34)	00,90 (00,74 - 01,09)
Mais de 2 até 3 salários mínimos	16,6 (15,44 - 17,81)	15,98 (14,85 - 17,19)	02,62 (02,15 - 03,18)	00,66 (00,44 - 00,97)
Mais de 3 até 5 salários mínimos	16,29 (14,96 - 17,69)	15,22 (13,93 - 16,59)	03,05 (02,48 - 03,76)	01,13 (00,80 - 01,60)
Mais de 5 salários mínimos	16,39 (14,99 - 17,89)	15,95 (14,57 - 17,44)	01,87 (01,40 - 02,48)	00,71 (00,45 - 01,13)
Plano de saúde	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=045
Não	19,31 (18,90 - 19,72)	18,49 (18,09 - 18,90)	04,38 (04,17 - 04,60)	01,08 (00,98 - 01,19)
Sim	16,68 (16,00 - 17,37)	15,92 (15,26 - 16,61)	02,72 (02,44 - 03,04)	00,86 (00,71 - 01,05)
Ocupação	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=157
Não	28,15 (26,31 - 30,05)	26,88 (25,07 - 28,76)	08,02 (06,96 - 09,23)	01,71 (01,24 - 02,34)
Sim	21,89 (21,36 - 22,43)	20,92 (20,40 - 21,46)	04,67 (04,40 - 04,95)	01,34 (01,20 - 01,50)

Na tabela 3 são apresentadas as prevalências de uso de serviços de saúde por mulheres que sofreram violência geral, psicológica, física ou sexual. De maneira geral, mulheres que sofreram violência utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas às que não sofreram. Os serviços mais utilizados por mulheres que sofreram violência psicológica, física e sexual foram consulta médica, seguida de internação hospitalar e Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Chama a atenção a utilização de PICs por mulheres que sofreram violência psicológica, a qual é bem superior em relação às mulheres que sofreram outros tipos de violência.

Na análise bruta, identificou-se diferença na prevalência de utilização de serviços de saúde na maioria dos tipos de violência, com maior utilização entre mulheres que sofreram violência (Tabela 4). A análise ajustada seguiu o mesmo padrão e intensificou as diferenças (Tabela 5).

Comparando mulheres que sofreram e as que não sofreram violência, verifica-se pouca ou nenhuma diferença na utilização de consulta médica, em todos os tipos de violência. Em relação à internação hospitalar, mulheres que sofreram violência apresentaram prevalência 36% maior em relação às que não sofreram (RP=1,36; IC95% 1,27-1,45). Modelo semelhante foi encontrado em relação a violência psicológica e física com razão de prevalência de 1,37 IC95% 1,27-1,46 e 1,53 IC95% 1,36-1,72 respectivamente. Não foi identificada diferença no que tange à violência sexual (Tabela 5).

Por outro lado, os serviços de pronto-atendimento foram utilizados quase que duas vezes mais por mulheres que sofreram violência sexual (RP 1,99; IC95% 1,30-3,05) e, ainda que em menor proporção, também por mulheres que sofreram outros tipos de violência (Tabela 5). A utilização de emergência domiciliar ganha destaque entre mulheres que sofreram violência física e sexual alcançando mais que o dobro de prevalência (RP 2,19; IC95% 1,80-2,67 e RP 2,3; IC95% 1,60-3,31 respectivamente). E por fim, as PICs foram mais utilizadas por mulheres que sofreram violência em todos seus tipos, com maior diferença entre mulheres que sofreram violência psicológica em comparação às que não sofreram esse tipo de violência (RP 1,38; IC95% 1,28-1,49).

Tabela 3 Prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física e sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tipo de Violência	Consulta médica	Internação hospitalar	Pronto atendimento	Emergência domiciliar	PICS
Violência Geral (n= 46.869)	p=0,002	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Não	86,15 (85,80 - 86,49)	08,63 (08,35 - 08,92)	02,04 (01,90 - 02,19)	02,58 (02,43 - 02,75)	07,19 (06,94 - 07,46)
Sim	87,42 (86,71 - 88,09)	11,47 (10,81 - 12,15)	03,35 (03,00 - 03,75)	04,30 (03,90 - 04,75)	09,37 (08,78 - 10,00)
Violência Psicológica (n= 46.869)	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Não	86,13 (85,79 - 86,48)	08,64 (08,36 - 08,92)	02,04 (01,91 - 02,19)	02,60 (02,44 - 02,76)	07,21 (06,95 - 07,47)
Sim	87,54 (86,81 - 88,23)	11,56 (10,89 - 12,26)	03,40 (03,03 - 03,81)	04,30 (03,89 - 04,76)	09,41 (08,80 - 10,06)
Violência Física (n= 46.869)	p=0,667	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,935
Não	86,37 (86,05 - 86,68)	08,97 (08,71 - 09,24)	02,21 (02,08 - 02,36)	02,79 (02,65 - 02,95)	07,60 (07,36 - 07,85)
Sim	86,72 (85,10 - 88,18)	13,65 (12,16 - 15,28)	03,96 (03,16 - 04,94)	05,51 (04,56 - 06,64)	07,65 (06,53 - 08,95)
Violência Sexual (n= 46.869)	p=0,618	p=0,044	p=0,002	p<0,001	p=0,001
Não	86,38 (86,06 - 86,69)	09,13 (08,87 - 09,40)	02,26 (02,13 - 02,40)	02,87 (02,72 - 03,03)	07,56 (07,32 - 07,80)
Sim	87,16 (83,87 - 89,86)	11,80 (09,21 - 14,99)	04,34 (02,85 - 06,57)	05,79 (04,03 - 08,27)	11,59 (09,02 - 14,77)

Tabela 4 Análise bruta sobre prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física e sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tipo de Violência	Consulta médica		Internação hospitalar		Pronto atendimento		Emergência domiciliar		PICS	
	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor
Violência Geral (n= 46.869)		0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,01 (1,01-1,02)		1,32 (1,24-1,41)		1,64 (1,44-1,87)		1,66 (1,48-1,87)		1,30 (1,20-1,40)	
Violência Psicológica (n= 46.869)		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,01 (1,00-1,02)		1,33(1,25-1,43)		1,66 (1,45-1,89)		1,65 (1,47-1,86)		1,30 (1,21-1,40)	
Violência Física (n= 46.869)		0,664		p<0,001		p<0,001		p<0,001		0,935
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,00 (986-1,02)		1,52 (1,35-1,71)		1,78 (1,41-2,24)		1,96 (1,61-2,39)		1,00 (857-1,18)	
Violência Sexual (n= 46.869)		0,608		0,041		0,003		p<0,001		0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,00 (974-1,04)		1,29 (1,01-1,65)		1,91 (1,25-2,92)		2,01 (1,40-2,89)		1,53 (1,19-1,96)	

Tabela 5 Análise ajustada para fatores de confusão (renda, escolaridade, faixa etária e cor da pele) sobre prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física ou sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tipo de Violência	Consulta médica		Internação		Pronto atendimento		Emergência domiciliar		PICS	
	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor
Violência Geral (n= 46.869)		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (1,02-1,03)		1,36 (1,27-1,45)		1,69 (1,48-1,93)		1,85 (1,64-2,08)		1,38 (1,28-1,49)	
Violência Psicológica (n= 46.869)		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (1,02-1,04)		1,37 (1,27-1,46)		1,71 (1,49-1,95)		1,83(1,62-2,06)		1,38 (1,28-1,49)	
Violência Física (n= 46.869)		0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		0,03
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (1,01-1,05)		1,53 (1,36-1,72)		1,85 (1,46-2,34)		2,19 (1,80-2,67)		1,19 (1,01-1,40)	
Violência Sexual (n= 46.869)		0,069		0,032		0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (0,99-1,06)		1,31 (1,02-1,67)		1,99 (1,30-3,05)		2,3 (1,60-3,31)		1,67 (1,31-2,12)	

9. DISCUSSÃO

Observa-se maiores prevalências de violência psicológica, física e sexual entre mulheres pretas, mais jovens, pertencentes ao grupo de solteiras, com autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, com menor renda familiar, sem plano de saúde e nenhuma ocupação. Essas mulheres utilizaram os serviços de consulta médica, seguida de internação hospitalar e Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Merece destaque a utilização de emergência domiciliar entre mulheres que sofreram violência física e sexual alcançando mais que o dobro de prevalência.

Segundo dados do Ipea, 2021 em 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas no Brasil, sendo 66% negras. O risco de uma mulher negra ser vítima de homicídio em 2019 foi 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra, dados que corroboram com os achados de violência contra a mulher neste estudo. Estudo realizado por (Vasconcelos, et al., 2021) utilizando dados da PNS, 2019 mostra uma prevalência de violência cometida pelo parceiro íntimo também em mulheres pretas, mais jovens, com menor escolaridade e com menor renda familiar. Estudos revelam ainda, que mulheres negras, com baixas condições sociais e econômicas vivem em desvantagem social o que propicia ao acúmulo de vulnerabilidades, o que pode levar à dificuldade em romper com o ciclo da violência. Esse achado revela o peso das construções históricas e culturais e evidencia um importante determinante da falta de equidade vivenciado por este grupo (Vasconcelos et al., 2021; Araújo et al., 2009).

O estudo identificou associação de violência com as variáveis socioeconômicas. Esse resultado vai ao encontro de estudos já realizados onde apontam que a violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher em qualquer fase e com grande acentuação em famílias com condições socioeconômicas vulneráveis (Audi et al., 2008; Colossi et al., 2015; Baigorria et al., 2017; Leite et al., 2017; Dias, Prates, Cremonese, 2021).

Outrossim, o presente estudo revelou ainda que mulheres mais jovens e sem nenhuma ocupação sofrem mais violência em comparação às mulheres mais velhas e com autonomia financeira, o que leva a uma dependência financeira da mulher ao seu agressor. Muitos autores destacaram a associação direta entre baixa escolaridade

e maior probabilidade de a mulher sofrer violência (Bernardino et al., 2016; Leite et al., 2017; Santos et al., 2020; Vasconcelos et al., 2021).

O serviço de consulta médica manteve o mesmo padrão para mulheres que sofreram violência e para as que não sofreram. Em diversos estudos analisados sobressaíram relatos da percepção das mulheres sobre o atendimento e dos profissionais médicos que justificam tal achado e que remetem ao desconhecimento na abordagem do tema e em paralelo realizam a consulta pautados no modelo biomédico, modelo reducionista voltado às lesões visíveis, à doença resultante da condição vivida e à medicalização, sem enfoque na subjetividade das mulheres e suas necessidades específicas, nem sempre evidentes em uma primeira abordagem (Trentin D et al., 2019; Souza et al., 2021). A dificuldade dos profissionais em reconhecer a violência como possível causa para diversos sintomas que atendem diariamente parece estar associado ao despreparo na percepção do ato de violência e a falta de conhecimento em relação ao manejo (HASSE, M.; VIEIRA, E. M., 2014).

Outro registro que emergiu desta pesquisa foi a prevalência de utilização de internação hospitalar por mulheres que sofreram violência sendo 36% maior em relação às mulheres que não sofreram. A literatura aponta que mulheres que sofreram agressão física utilizam mais os serviços hospitalares e a maioria ao serem hospitalizadas omitem a natureza das lesões adquiridas e os profissionais e serviços de saúde investigam pouco o dado sobre a violência contra a mulher ficando evidenciado apenas quando a mulher opta por informar tal situação. Porém, na maioria dos casos, isso não acontece e muitos dos atendimentos decorrentes de violência não são identificados nos serviços públicos de saúde (Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF, 2010; Pedrosa e Spink, 2011; Kiss LB, Schraiber LB, 2011). Tal apontamento nos remete ao entendimento que este número possa ser bem maior.

Este estudo apresentou ainda, que os serviços de pronto-atendimento foram utilizados quase que o dobro por mulheres que sofreram violência sexual e, ainda que em menor proporção por mulheres expostas a outros tipos de violência. Na maioria das vezes, o primeiro contato das mulheres é nos hospitais, pelos prontos-socorros e a oferta desses serviços permite a este público o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada (Oliveira EM et al., 2005; Brasil, 2005).

Outro serviço acessado que chamou atenção nessa pesquisa foi o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) em especial por mulheres que sofreram violência psicológica. É necessário destacar que as PICs expressam o desejo de mostrar que é possível implementar outras práticas de saúde de forma a complementar os tratamentos convencionais existentes para os sintomas de saúde física e mental, podendo ser uma alternativa para mulheres em situação de violência que preferem ser tratadas sem medicação ou que apresentam dificuldades em se submeterem às terapias de fala (Júnior, 2016; Nunes et al., 2017).

Ainda é importante destacar que a consequência decorrente do ato de violência influencia o local onde a mulher busca atendimento o que ficou evidente após análise ajustada para fatores de confusão, onde o acesso na emergência domiciliar teve maior impacto. Mulheres que sofreram violência geral e seus subtipos acessaram mais os serviços de emergência domiciliar e esse achado merece uma atenção cuidadosa pois, subentende-se que ao ser exposta a um episódio de violência a mulher traz consigo sentimento de receio em acessar serviços da rede.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados nos EUA, Espanha, Canadá, Suécia e Japão que mesmo sendo sistemas de saúde distintos mostraram que mulheres após episódio de violência cometida pelo parceiro, em especial física, usaram mais serviços de emergência, saúde mental, ambulatório hospitalar, atenção primária, farmácia e serviços especializados quando comparadas a mulheres que não sofreram violência (Lovestad et al., 2021; Umeda et al., 2017; Vijayaraghavan et al., 2012; Dichter e Rhodes, 2011; Montero et al., 2011; Miller et al., 2010; Bonomi et al., 2009).

Nos EUA as mulheres que sofreram violência física também usaram mais serviço de emergência, ambulatório hospitalar, atenção primária, farmácia e serviços especializados. Para o serviço de emergência, farmácia e atendimento especializado, a utilização foi mais alta para mulheres com abuso contínuo (Bonomi, Anderson, Rivara & Thompson, 2009). Na cidade de Nova York, foi relatado que as participantes usaram mais serviços de emergência do que os de atenção primária, apesar de serem relativamente segurados (Vijayaraghavan et al., 2011). Estudo realizado na Espanha e no Japão aponta que houve um aumento semelhante na utilização de todos os serviços de saúde e que a utilização dos serviços de saúde foi mais prevalente entre

mulheres que sofreram violência do que aquelas que não sofreram (Montero et al., 2011; Umeda et al., 2017). Já na Suécia das mulheres expostas a violência física nos últimos 5 anos, 54,9% perceberam a necessidade de ajuda e acessaram a atenção primária à saúde (Dichter e Rhodes, 2011).

Pesquisas de diferentes contextos demonstram que a consequência decorrente do ato de violência está fortemente associada à procura de ajuda de serviços médicos prestados em domicílio e em hospitais, o que sugere que a porta de entrada emergencial preferencial por mulheres após episódio de violência não é a Atenção Primária à Saúde. Os resultados também mostraram que vários fatores sociodemográficos tem associação direta na natureza desta procura. É importante pontuar também a fragilidade que os profissionais de saúde possuem em lidar com situações de violência e o desconhecimento de fluxos e protocolos existentes.

Estudo realizado por Avanci, et al., 2017 reforça que os profissionais de saúde precisam ser habilitados a lidar com o fenômeno da violência familiar, prestando apoio e suporte que garantam o cuidado e promovam o acesso a outros serviços. Capacitação e treinamento dos profissionais é outra necessidade que fortalece o atendimento (Trentin et al., 2019), profissionais bem capacitados e com entendimento amplo do funcionamento da rede trabalham com foco em encaminhamentos assertivos, o que diminui a possibilidade de revitimização dessas mulheres.

Dentre as limitações do estudo a primeira delas é o fato de que a amostra exclui populações de rua, aldeias, quilombolas e asilos. Acredita-se que pode haver também um viés de informação (viés de memória), pois existe uma chance de as mulheres ocultarem algumas informações devido às suas percepções, crenças e religiosidade.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente ao longo deste estudo que as relações existentes entre os serviços de saúde no atendimento às mulheres que sofreram algum tipo de violência demandam uma série de paradigmas e preconceitos que precisam ser reavaliados e readequados.

Nota-se importantes mudanças no campo legal nas últimas décadas, porém há que avançar ainda mais nas estruturas de atendimento e acolhimento ao público em questão. É possível perceber que mesmo diante de significativos avanços as mulheres acessam mais serviços que contemplam o cuidado imediato e não contínuo, o que potencializa um universo de estereótipos que precisa ser superado e que é reafirmado cotidianamente.

Políticas públicas voltadas para ajudar mulheres em situação de violência precisam ser fortalecidas, haja visto que as mulheres mais suscetíveis a viver esse episódio são mulheres com condições socioeconômicas vulneráveis.

O contexto avaliado nesta pesquisa aponta ainda que há necessidade de capacitação de profissionais da saúde, ampliação das discussões, novos estudos sobre o tema e a criação de políticas que enfatizem a correta execução de protocolos com a finalidade de realizar atendimento adequado às mulheres em situação de violência, em especial, nos serviços de saúde. Tais condutas propiciarão cuidados mais abrangentes e centrados na mulher em situação de violência e estarão em consonância com o princípio da integralidade.

11. REFERÊNCIAS

_____. Lei nº. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Lei da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Lei Maria da Penha). Brasília, DF: Senado Federal. 2006.

_____. Lei nº. 13.427 de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Lei nº. 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o código civil.

Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. *Texto Contexto-Enferm* 2013; 22(4):980-988.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)* 2009; 13 (31): 383-94. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>

Arboit J et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. *Rev Esc Enferm USP*, 2017.

ATLAS da violência 2019. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. 115 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784. Acesso em: abril 2021.

Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev saúde pública [serial on the internet]*. 2008.

Alves OM, Primo CC, Tavares FL, Lima EF, Leite FM. Tecnologia para apoio a assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE001085

Avanci JQ et al. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9):2825-2840, 2017.

Baigorria J, Warmling D, Neves CM, Delziovo CR, Coelho EBS. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. *Rev salud pública [serial on the internet]*. 2017.

Barufaldi, L.A. et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017.

Bernardino, I.M. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. Rev Bras Epidemiol OUT-DEZ 2016; 19(4): 740-752. DOI: 10.1590/1980-5497201600040005

BISPO JÚNIOR, J.; MESSIAS, K. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. Revista Saúde.com, Jequié, v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005

Bonomi, A. E. et al. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. Health Serv Res, v. 44, n. 3, p. 1052-67.

Brasil. Código Civil. Código Civil quadro comparativo 1916/2002. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2003.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, 8 ago., 2006.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de assistência Integral à saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 2001

Bruhn MM, Lara L. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. Rev Polis Psique 2016; 6(2): 70-86.

Carreira D, Pandjarian V. Vem pra roda! Vem pra rede!: guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo (SP): Rede Mulher de Educação; 2003. 33p

Casique Casique L, Furegato ARF. VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: REFLEXÕES TEÓRICAS. Rev. Latino-am Enfermagem 2006 novembro-dezembro; 14(6) www.eerp.usp.br/rlae

Cerqueira, D. et al. Atlas da violência. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021.

COLOSSI, Patrícia Manozzo et al . Violência conjugal: prevalência e fatores associados. Contextos Clínic, São Leopoldo , v. 8, n. 1, p. 55-66, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100007&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.06>.

COUTO, Maria Cláudia Giroto do. Lei Maria da Penha e princípio da subsidiariedade: diálogo entre um direito penal mínimo e as demandas de proteção contra a violência de gênero no Brasil. São Paulo : IBCCRIM, 2017.

Day, V. P., Telles, L. E. de B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F. de., Machado, D. A. Silveira, M. B. Debiaggi, M., Reis, M. da G. Cardoso, R. G. & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 25, 1, 9-21.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; PEREIRA, S.; SCHRAIBER, L. B.; GRAGLIA, C. G. V.; AGUIAR, J. M. de; SOUSA, P. C. de; BONIN, R. G. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 24, p. e190164–e190164, 2020. <https://doi.org/10.1590/interface.190164>.

DIAS, L. & GAMBINI, R. Outros 500: uma conversa sobre a alma brasileira. São Paulo: Senac, 1999.

Dias, L. B., Prates, L. A., & Cremonese, L. (2021). PERFIL, FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. SANARE - Revista De Políticas Públicas, 20(1). <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i1.1555>

Dichter, M. E.; Rhodes, K. V. Intimate Partner Violence Survivors' Unmet Social Service Needs. Journal of Social Service Research, v. 37, n. 5, p. 481-489, 2011.

d'Oliveira, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1037–50, 2009.

DOMESTIC FAMILY VIOLENCE. **Annals of Emergency Medicine**, v. 74, n. 3, p. e32–e33, set. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.05.005>.

Ellsberg, M. et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? Lancet, v. 385, n. 9977, p. 1555-66, 2015.

Flexa, Raquel. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão da literatura. *Saúde Soc. São Paulo*, v.27, n.3, p.729-739, 2018. DOI 10.1590/S0104-12902018170509

Flexa RGC, Barbastefano RG. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1):325-338, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020251.24262019.

Galvão, Elaine Ferreira; Andrade, Selma Maffei de. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.89-99, maio-ago 2004

Garcia-Moreno, C. et al. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: WHO, 2005.

Giovanella, L. et al. (Orgs.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

Guimarães, C.F.; Meneghel, S.N.; Zwetsch, B.E.; Silva, L.B.; Grano, M.S.; Siqueira, T.P.; Oliveira, C.S. Homens apenados e mulheres presas: estudo sobre mulheres de presos. *Psicologia & Sociedade*; 18 (3): 48-54; set/dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000300007>

Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate*. 2014;38(102):482-93.

HERMANN, Leda Maria. Maria da Penha lei com nome de mulher: violência doméstica e familiar. Campinas: Servanda, 2007.

Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):328-34.

Júnior, Emílio Telesi. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. 2016.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*,16(3):1943-1952, 2011.

Krug, E. G. et al. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 33. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>

LEITE, A. de C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a

notificação. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2059–2059, fev. 2019. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059).

Levesque, J. F.; Harris, M. F.; Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, v. 12, n. 1, p. 18, 2013.

Loue, S. Health Care Utilization and Access. In: *Gender, Ethnicity, and Health Research*. Boston: Springer, 2002. p. 67–83.

Lovestad, S. et al. Intimate partner violence, associations with perceived need for help and health care utilization: a population-based sample of women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 49, p. 268–276, 2021.

Mendonça, C. S. et al. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2247–2257, 2020.

Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. *Saude Soc* 2014; 23(3): 778-786.

Miller, E. et al. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Maternal and Child Health Journal*, v. 14, p. 910–917, 2010.

Minayo, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006

MINAYO, M. C. de S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. da. **A violência nossa de cada dia**. preprint. [S. l.: s. n.], 11 fev. 2022. DOI 10.1590/SciELOPreprints.3600. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3600/version/3812>. Acesso em: 14 set. 2022.

Minayo, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2007–2016, 2018.

Minayo, M. C. S.; Assis, S. G. (Orgs). *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Minayo, M. C. S.; Franco, S. Violence and Health. In: *Global Research Encyclopedias*. Oxford Edictor, 2018.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica*. 3. ed. Brasília (DF): MS; 2012.

Montero, I. et al. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues*, v. 21, n. 5, 400–406, 2011.

Monteiro CFS et al. Violência contra a mulher em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006 ago; 10(2): 273-9. <https://doi.org/10.1590/S1414-8145200600020001>

NAZZARI, Muriel. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. *Mulheres e dote no Brasil. O desaparecimento do dote: mulheres, famílias e mudança social em São Paulo, Brasil, 1600 -1900*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. p.361

Nunes GM et al. USO DE PRÁTICAS COMPLEMENTARES NA ABORDAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/40003/2/2016>

Oliveira EM et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3):376-82. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp

Paim et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Saúde no Brasil 1. Séries*. 2011

Pedrosa, Claudia Mara; Spink, Mary Jane Paris. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc*. São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011

Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Pinto, C. L.; Christino, J. M. M. Violência contra mulheres: 44 anos de pesquisa mapeados a partir dos softwares Citespace e VOSviewer. *Pensando Famílias*, v. 25, n. 2, p. 159-175, dez. 2021.

Sandoval et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public Health* 179. 2020 45 - 50

Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. PERCEPÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SOBRE O SUPORTE E APOIO RECEBIDO EM SEU CONTEXTO SOCIAL. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 417-24.

Santos IB et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1935-1946, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.19752018

SANTOS, I. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. 2009. 189 f. Tese (Doutorado em

Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

Sheila Rizzato Stopa e colaboradores. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 29(5):e2020315, 2020. doi: 10.1590/S1679-49742020000500004

SILVA, C. T. Utilização e Qualidade da Atenção Primária à Saúde: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. , p. 54 f-54 f, 2022. .

Silva, N. P. et al. O papel do enfermeiro no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no serviço de emergência. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 4, e6112440927, 2023 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.40927>

Silvino MCS, Silva LFF, Duarte SCF, Belentani L, Oliveira ML. Mulheres e Violência: Características e atendimentos recebidos em Unidades de Urgência *J Health Sci* 2016;18(4):

Trentin D, Vargas MAO, Lino MM, Leal SMC, Ferreira ML, Saioron I. Atendimento a mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa da literatura. *Esc Anna Nery* 2019;23(4): e20180324

Travassos, C.; Castro, M. S. M. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. p. 183-206. Rio de Janeiro. 2012

Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

Umeda et al. Effect of socioeconomic conditions on health care utilization in marital violence: a cross-sectional investigation from the Japanese Study on Stratification, Health, Income, and Neighborhood *International Journal for Equity in Health*, v. 16, p. 41, 2017.

Vasconcelos, N. M.; Andrade, F. M. D.; Gomes, C. S.; Pinto, I. V.; Malta, D. C. Prevalence and associated factors to intimate partner violence against adult women in Brazil: National Health Survey, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, n. suppl 2, p. e210020, 2021.

Viacava F et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1751-1762, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018

Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial

sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. Interface 2017; 21(60): 51-62.

Vieira LJES, Silva ACF, Moreira GAR, Cavalcanti LF, Silva RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2016; 21(12): 3957- 3965.

Vijayaraghavan, M. et al. Health, access to health care and health care use among homeless women with a history of intimate partner violence. J Community Health, v. 37, n. 5, p. 1032-9, 2012.

World Health Organization – OMS - (2002). World report on violence and health. WHO.

11.1. REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/01/10/20-anos-apos-sancao-debate-considera-codigo-civil-desatualizado-e-defende-mudancas>

<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/tratamento-da-mulher-no-codigo-civil-de-1916-e-no-de2002>

<https://brasil.un.org/pt-br/72703-onu-taxa-de-feminic%C3%ADdios-no-brasil-%C3%A9-quinta-maior-do-mundo-diretrizes-nacionais-buscam.2016>

12. APÊNDICES

Artigo 1

Violência contra a mulher e utilização de serviços de saúde no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Camila Rocha Ataíde Quaresma¹, Thiago Dias Sarti², Ana Paula Santana Coelho Almeida³

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

²Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

³Professora do Departamento de Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

RESUMO: Objetivo: Analisar a relação entre violência e utilização de serviços de saúde em mulheres no Brasil, bem como verificar quais são os serviços mais utilizados (consultas médicas, internação hospitalar, serviços de emergência domiciliar e práticas integrativas e complementares) e se existe alguma modificação no padrão de utilização dos serviços em função do tipo de violência sofrida. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional com dados da PNS 2019. Foram calculadas as prevalências e razões de prevalência bruta e ajustada de uso de serviços de saúde por tipo de violência e segundo características sociodemográficas. **Resultados:** Observa-se maiores prevalências de violência psicológica, física e sexual entre mulheres pretas, mais jovens, pertencentes ao grupo de solteiras, com autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, com menor renda familiar, sem plano de saúde e nenhuma ocupação. De maneira geral, mulheres que sofreram violência utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas às que não sofreram. Os serviços mais utilizados por mulheres que sofreram violência psicológica, física e sexual foram consulta médica, seguida de internação hospitalar e Práticas Integrativas e Complementares (PICs). A utilização de emergência domiciliar entre mulheres que sofreram violência física e sexual alcançou mais que o dobro de prevalência. **Considerações finais:** Esses resultados evidenciam que a consequência

decorrente do ato de violência influencia significativamente o local onde a mulher busca atendimento após episódio de violência.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Serviços de saúde; PNS 2019.

ABSTRACT: Objective: Analyze the relationship between violence and the use of health services among women in Brazil, as well as verify which services are most used (medical consultations, hospital admission, home emergency services and integrative and complementary practices) and whether there is any change in the pattern of use of services depending on the type of violence suffered.

Methods: This is a population-based cross-sectional study using data from the PNS 2019. Crude and adjusted prevalence rates and prevalence ratios for the use of health services were calculated by type of violence and according to sociodemographic characteristics. **Results:** A higher prevalence of psychological, physical and sexual violence was observed among younger black women, belonging to the single group, with poor/very poor self-rated health, with lower family income, without health insurance and no occupation. In general, women who suffered violence used health services more when compared to those who did not suffer. The services most used by women who suffered psychological, physical and sexual violence were medical consultations, followed by hospital admission and Integrative and Complementary Practices (PICs). The use of home emergency services among women who suffered physical and sexual violence reached more than double the prevalence. **Final considerations:** These results show that the consequences resulting from the act of violence significantly influence the place where women seek care after an episode of violence.

Keywords: Violence against women; Health services; PNS 2019.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher acontece ao longo da história em praticamente todos os países com os mais diferentes regimes econômicos e políticos (Leite et al., 2017). Além de se tratar de um fenômeno mundial tem sido reconhecida como um contribuinte significativo para a saúde das mulheres (OMS, 2002).

O reflexo da violência contra a mulher pode ser observado diante dos alarmantes dados encontrados no país e no mundo. Em relatório publicado pela Organização das Nações Unidas Mulheres, no Brasil a taxa de feminicídios é de 4,8 para 100 mil mulheres, a quinta maior no mundo. Em 2015, o Mapa da Violência sobre homicídios entre o público feminino revelou que, de 2003 a 2013, o número de assassinatos de mulheres negras cresceu 54%. Na mesma década houve um aumento de 190,9% na vitimização de negras, índice que resulta da relação entre as taxas de mortalidade branca e negra (ONU, 2016).

O único estudo de base populacional brasileiro feito com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS) mostra uma prevalência de violência contra a mulher cometida pelo parceiro íntimo de 7,9% em mulheres de 18 a 59 anos, destacando-se a violência psicológica (7,07%), seguida pela física (2,75%) e sexual (0,68%). São dados alarmantes que mostram a gravidade do problema e a necessidade de intervenção (Vasconcelos et al., 2021).

Apesar da importante melhora na legislação brasileira relacionada à violência e na infraestrutura de informação na última década, a violência contra a mulher no Brasil permanece estável e crônica, com prevalência e mortalidade alarmantes e inaceitáveis (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019; Cerqueira et al., 2021). Somente medidas coercitivas não são capazes de diminuir a violência contra as mulheres, sendo necessárias ações educativas e de valorização delas na sociedade (Amaral; Amaral; Amaral, 2013).

São necessárias ações integradas e de comprovado impacto envolvendo educação, saúde, segurança pública, esporte, lazer e cultura, bem como uma reorientação do valor e do papel que a mulher exerce numa sociedade desigual, violenta, patriarcal e machista como a brasileira (Ellsberg et al., 2015).

Nos últimos anos, em especial a partir dos anos 2000, houve significativo avanço das pesquisas científicas sobre violência contra a mulher. Os Estados Unidos da América são o país com maior produção acadêmica na área, sendo que o Brasil ocupa um relevante quarto lugar no ranking, em grande parte decorrente das publicações da Universidade de São Paulo (Pinto e Christino, 2021). Por outro lado, não são ainda muito frequentes estudos nacionais relacionados à violência contra a mulher (Minayo e Assis, 2017). É nesse sentido

que estudos envolvendo o Brasil como um todo são relevantes para enriquecer o entendimento científico dos condicionantes da violência contra a mulher, bem como estratégias de enfrentamento do problema.

São tradicionais na saúde pública os estudos sobre utilização dos serviços de saúde (Giovanella et al., 2017). É fundamental para a organização dos sistemas de saúde compreender os facilitadores e as barreiras a respeito do que motiva as pessoas a procurarem os serviços, se estas obtêm ou não o cuidado almejado e necessário e se este é resolutivo ou não (Loue, 2002).

Os serviços de saúde pública são essenciais no enfrentamento deste problema. São os que estão mais próximos da população, são os mais acessíveis – ao menos em tese, baseiam suas práticas em uma abordagem acolhedora e integral, dispõem de profissionais de saúde de distintas áreas, e são frequentemente os responsáveis pela ordenação e coordenação do cuidado na rede de atenção. Cabe, portanto, aos gestores seu fortalecimento e integração com serviços complementares e especializados na abordagem à vítima de violência. Cuidados adequados prestados em tempo oportuno são essenciais para a prevenção de complicações nessas pessoas (Lovestad et al., 2021; Mendonça et al., 2020; Umeda et al., 2017; d'Oliveira et al., 2009).

Garantir o acesso aos serviços de saúde de maneira integral e equânime é objetivo prioritário do SUS. Iniciativas, incluindo científicas, que somam esforços para adequação da rede de serviços de saúde às necessidades de saúde são fundamentais em um país com graves problemas sociais e econômicos.

Nesse sentido, de modo a contribuir com a redução da violência contra a mulher, os serviços de saúde devem integrar-se a um serviço social mais amplo, exercendo importante papel no enfrentamento desse fenômeno (Leite et al., 2017). Desta forma, faz-se pertinente resgatar a trajetória histórica da inclusão da violência na agenda da saúde.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre violência e utilização de serviços de saúde em mulheres no Brasil, bem como verificar quais são os serviços mais utilizados (consultas médicas, internação hospitalar, serviços de emergência domiciliar e práticas integrativas e

complementares) e se existe alguma modificação no padrão de utilização dos serviços em função do tipo de violência sofrida.

MÉTODOS

Delineamento

Trata-se de um estudo transversal de base populacional com dados da PNS 2019, um inquérito nacional de base domiciliar realizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Cenário do estudo

A PNS 2019 ocorreu em todo o território nacional, onde foram estimados os dados para as áreas urbana e rural, por grandes regiões nacionais, Unidades da Federação (UFs), capitais, e regiões metropolitanas do Brasil. O estudo terá como cenário as unidades de federação brasileiras.

População do estudo

A população pesquisada pela PNS 2019 corresponde aos residentes em domicílios particulares permanentes do Brasil, sendo excluídos portanto os localizados nos setores censitários especiais (compostos por aglomerados subnormais; quartéis, bases militares etc.; alojamento, acampamentos etc.; embarcações, barcos, navios etc.; aldeia indígena; penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias etc.; asilos, orfanatos, conventos, hospitais etc.; e assentamentos rurais) (Brasil, 2021).

Para o presente estudo, foram selecionadas mulheres com idade entre 18 – 60 anos de idade ou mais que responderam ao módulo de violência (n=46.869).

Principais variáveis

- *Variáveis dependentes*

O estudo possuirá como variáveis dependentes a utilização de consultas médicas, de internação hospitalar, de pronto atendimento, de serviços de emergência domiciliar e de práticas integrativas e complementares.

A variável desfecho foi construída utilizando o módulo J (utilização de serviços de saúde).

A utilização de consulta médica foi considerada quando a mulher referiu ter utilizado ao menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, caracterizando-se numa variável categórica dicotômica (sim/não) e foi mensurada pela seguinte pergunta:

J12. “Quantas vezes você consultou um médico nos últimos doze meses?”.

A utilização de internação hospitalar, de pronto atendimento, de serviços de emergência domiciliar e de práticas integrativas e complementares também foram tratadas de maneira dicotômica (sim/não), sendo mensuradas pelas seguintes questões respectivamente:

J37. “Nos últimos doze meses, você ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?”;

J46. “Nos últimos doze meses, você teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio?”;

J53a. “Nos últimos doze meses, você utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chin chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde?”.

- Variáveis independentes

As variáveis independentes principais são ter sofrido violência e o tipo de violência.

Ter sofrido violência foi tratada como variável dicotômica (sim/não). Foi considerada mulher que sofreu violência aquela que respondeu positivamente a pelo menos uma das seguintes perguntas:

V2. Nos últimos doze meses, alguém:

- a. Te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas?;
- b. Gritou com você ou te xingou?;
- c. Usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?;
- d. Ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você?;
- e. Destruir alguma coisa sua de propósito?

V14. Nos últimos doze meses, alguém:

- a. Te deu um tapa ou uma bofetada?;
- b. Te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar?;
- c. Te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo?;
- d. Tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito?;
- e. Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?

V27. Nos últimos doze meses, alguém:

- a. Tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade?;
- b. Te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?

O tipo de violência sofrida foi classificada em psicológica (aquelas que responderem positivamente a alguma pergunta do item V2), física (aquelas que responderem positivamente a alguma pergunta do item V14) e sexual aquelas que responderem positivamente a alguma pergunta do item V27).

As variáveis sociodemográficas selecionadas foram: raça/cor da pele (branca, preta, parda, indígena/amarela); faixa etária (18-39 anos; 40-59 anos; 60 anos ou mais); estado civil atual (casada, solteira, separada/divorciada,

viúva); escolaridade (sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; superior completo); renda domiciliar per capita (até $\frac{1}{4}$ salário mínimo; mais de $\frac{1}{4}$ até $\frac{1}{2}$ salário mínimo; mais de $\frac{1}{2}$ até 1 salário mínimo; mais de 1 até 2 salários mínimos; mais de 2 até 3 salários mínimos; mais de 3 até 5 salários mínimos; mais de 5 salários mínimos); autoavaliação de saúde (boa/muito boa, regular, ruim/muito ruim); plano de saúde (não, sim); ocupação (não, sim).

Variáveis consideradas como possíveis fatores de confusão: raça/cor, idade, escolaridade e renda.

ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados iniciou-se a partir da caracterização da amostra, incluindo descrição da frequência de todas as variáveis incluídas no estudo com respectivos intervalos de confiança. Posteriormente realizou-se uma análise descritiva da utilização de consultas médicas, internação hospitalar, pronto atendimento, serviços de emergência domiciliar e de práticas integrativas e complementares por mulheres que sofreram violência.

Para todos os desfechos, foram realizadas análises bivariadas utilizando o teste do qui-quadrado.

Em seguida foi mensurado o efeito da violência na utilização de serviços de saúde, utilizando o modelo de Regressão de Poisson (com variância robusta, bruta e ajustada) considerando o ajuste/controle para variáveis de confusão (raça/cor, idade, escolaridade e renda).

Para análise dos dados utilizou-se o pacote estatístico Stata 13.0.

ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, a PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em agosto de 2019, parecer nº 3.529.376. A pesquisa atende a todas as normas e diretrizes da Resolução 466/2012 do CNS e todos os respondentes foram esclarecidos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram avaliadas 46.869 mulheres. A maioria autodeclarou-se de cor parda (50,56%), com idade entre 18-39 anos (37,18%), solteira (42,56%), sem instrução e com ensino fundamental incompleto (37,80%), ganhava mais de ½ até 1 salário mínimo (29,43%), avaliou a saúde como boa/muito boa (58,35%), não possuía plano de saúde (75,82%) e declararam ter alguma ocupação (91,14%) (Tabela 1).

A prevalência total de violência encontrada neste estudo foi de 18,68% (n= 8.753), dentre as participantes houve predomínio da violência psicológica 17,88% (n= 8.379), seguida da física 3,99% (n= 1.868) e com menor prevalência a sexual 1,03% (n= 483).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra estudada. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis	n	%
Cor da pele (n= 46.866)		
Branca	17.283	36,88
Preta	5.189	11,07
Parda	23.696	50,56
Indígena/amarela	698	1,49
Faixa etária (n=46.869)		
18 a 39 anos	17.427	37,18
40 a 59 anos	16.907	36,07
60 anos ou mais	12.535	26,74
Estado civil atual (n=46.869)		
Casada	16.093	34,34
Solteira	19.948	42,56
Separada/divorciada	4.648	9,92
Viúva	6.180	13,19
Escolaridade (n=46.869)		
Sem instrução e fundamental incompleto	17.715	37,80
Fundamental completo e médio incompleto	6.072	12,96
Médio completo e superior incompleto	14.995	31,99
Superior completo	8.087	17,25
Renda domiciliar per capita (n=46.851)		
Até ¼ salário-mínimo	5.129	10,95
Mais de ¼ até ½ salário-mínimo	7.581	16,18
Mais de ½ até 1 salário-mínimo	13.79	29,43
Mais de 1 até 2 salários-mínimos	11.254	24,02
Mais de 2 até 3 salários-mínimos	3.772	8,05
Mais de 3 até 5 salários-mínimos	2.812	6,00
Mais de 5 salários-mínimos	2.513	5,36
Autoavaliação de saúde (n=46.869)		
Boa/Muito boa	27.348	58,35
Regular	15.753	33,61

Ruim/Muito ruim	3.768	8,04
Plano de saúde (n=46.869)		
Não	35.538	75,82
Sim	11.331	24,18
Ocupação (n=25.014)		
Não	2.217	8,86
Sim	22.797	91,14

Ao avaliar as prevalências das violências de acordo com as características sociodemográficas em estudo (Tabela 2) observou-se maior prevalência de violência em mulheres que se autodeclararam de cor da pele preta (21,55%; IC95% 20,44 - 22,68), com idade entre 18 e 39 anos (24,31%; IC95% 23,68 - 24,95), solteiras (23,03%; IC95% 22,45 - 23,61), ensino fundamental completo e médio incompleto (21,18%; IC95% 20,16 - 22,22) e com rendimento de até ¼ salário mínimo (23,65%; IC95% 22,50 - 24,83).

Tabela 2. Prevalência das violências contra mulheres adultas de acordo com as características sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Características sociodemográficas	Violência Geral	P valor	Violência Psicológica	P valor	Violência Física	P valor	Violência Sexual	P valor
Cor da pele		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p=293
Branca	16,99 (16,46 - 17,56)		16,31 (15,77 - 16,87)		03,10 (02,85 - 03,37)		00,91 (00,78 - 01,06)	
Preta	21,55 (20,44 - 22,68)		20,54 (19,46 - 21,66)		04,72 (04,17 - 05,33)		01,11 (00,86 - 01,44)	
Parda	19,21 (18,71 - 19,72)		18,37 (17,88 - 18,86)		04,47 (04,21 - 04,74)		01,09 (00,97 - 01,23)	
Indígena/amarela	20,92 (18,05 - 24,09)		20,05 (17,24 - 23,19)		03,86 (02,66 - 05,58)		01,00 (00,47 - 02,08)	
Faixa etária		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
18 a 39 anos	24,31 (23,68 - 24,95)		23,23 (22,61 - 23,87)		06,31 (05,96 - 06,68)		01,66 (01,48 - 01,87)	
40 a 59 anos	18,79 (18,20 - 19,38)		17,93 (17,36 - 18,51)		03,51 (03,24 - 03,80)		00,92 (00,78 - 01,07)	
60 anos ou mais	10,68 (10,15 - 11,23)		10,34 (09,82 - 10,89)		01,38 (01,19 - 01,60)		00,28 (00,20 - 00,39)	
Estado civil atual		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Casado	15,33 (14,78 - 15,89)		14,67 (14,13 - 15,23)		02,64 (02,40 - 02,90)		00,57 (00,46 - 00,70)	
Solteiro	23,03 (22,45 - 23,61)		21,98 (21,41 - 22,56)		05,66 (05,35 - 05,99)		01,57 (01,41 - 01,75)	
Separado/divorciado	22,7 (21,51 - 23,92)		21,96 (20,79 - 23,17)		04,81 (04,23 - 05,47)		01,26 (00,98 - 01,63)	
Viúvo	10,31 (09,57 - 11,09)		09,88 (09,16 - 10,65)		01,44 (01,17 - 01,76)		00,29 (00,18 - 00,46)	
Escolaridade		p<0,001		p<0,001		p=954		p=001
Sem instrução e fundamental incompleto	16,04 (15,50 - 16,59)		15,33 (14,81 - 15,87)		03,40 (03,14 - 03,68)		00,76 (00,64 - 00,90)	
Fundamental completo e médio incompleto	21,18 (20,16 - 22,22)		20,28 (19,29 - 21,32)		06,09 (05,51 - 06,72)		01,21 (00,97 - 01,52)	
Médio completo e superior incompleto	20,55 (19,90 - 21,20)		19,69 (19,06 - 20,33)		04,32 (04,00 - 04,65)		01,27 (01,10 - 01,46)	
Superior completo	19,09 (18,25 - 19,96)		18,26 (17,43 - 19,12)		03,05 (02,70 - 03,45)		01,01 (00,81 - 01,25)	
Autoavaliação de saúde		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Boa/Muito boa	16,61 (16,17 - 17,05)		15,84 (15,41 - 16,27)		03,60 (03,38 - 03,82)		00,87 (00,77 - 00,99)	
Regular	20,56 (19,93 - 21,19)		19,70 (19,09 - 20,33)		04,19 (03,89 - 04,52)		01,19 (01,04 - 01,38)	

Ruim/Muito ruim	25,8 (24,42 - 27,21)	25,02 (23,66 - 26,43)	05,89 (05,18 - 06,69)	01,43 (01,09 - 01,86)
Renda domiciliar per capita	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Até ¼ salário mínimo	23,65 (22,50 - 24,83)	22,77 (21,64 - 23,94)	06,88 (06,22 - 07,60)	01,71 (01,39 - 02,10)
Mais de ¼ até ½ salário mínimo	21,03 (20,12 - 21,95)	19,99 (19,11 - 20,91)	05,50 (05,00 - 06,03)	01,18 (00,96 - 01,45)
Mais de ½ até 1 salário mínimo	18,41 (17,77 - 19,06)	17,62 (16,99 - 18,26)	03,82 (03,51 - 04,15)	00,92 (00,78 - 01,10)
Mais de 1 até 2 salários mínimos	16,95 (16,26 - 17,64)	16,25 (15,58 - 16,94)	03,01 (02,71 - 03,34)	00,90 (00,74 - 01,09)
Mais de 2 até 3 salários mínimos	16,6 (15,44 - 17,81)	15,98 (14,85 - 17,19)	02,62 (02,15 - 03,18)	00,66 (00,44 - 00,97)
Mais de 3 até 5 salários mínimos	16,29 (14,96 - 17,69)	15,22 (13,93 - 16,59)	03,05 (02,48 - 03,76)	01,13 (00,80 - 01,60)
Mais de 5 salários mínimos	16,39 (14,99 - 17,89)	15,95 (14,57 - 17,44)	01,87 (01,40 - 02,48)	00,71 (00,45 - 01,13)
Plano de saúde	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=045
Não	19,31 (18,90 - 19,72)	18,49 (18,09 - 18,90)	04,38 (04,17 - 04,60)	01,08 (00,98 - 01,19)
Sim	16,68 (16,00 - 17,37)	15,92 (15,26 - 16,61)	02,72 (02,44 - 03,04)	00,86 (00,71 - 01,05)
Ocupação	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=157
Não	28,15 (26,31 - 30,05)	26,88 (25,07 - 28,76)	08,02 (06,96 - 09,23)	01,71 (01,24 - 02,34)
Sim	21,89 (21,36 - 22,43)	20,92 (20,40 - 21,46)	04,67 (04,40 - 04,95)	01,34 (01,20 - 01,50)

Na tabela 3 são apresentadas as prevalências de uso de serviços de saúde por mulheres que sofreram violência geral, psicológica, física ou sexual. De maneira geral, mulheres que sofreram violência utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas às que não sofreram. Os serviços mais utilizados por mulheres que sofreram violência psicológica, física e sexual foram consulta médica, seguida de internação hospitalar e Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Chama a atenção a utilização de PICs por mulheres que sofreram violência psicológica, a qual é bem superior em relação às mulheres que sofreram outros tipos de violência.

Na análise bruta, identificou-se diferença na prevalência de utilização de serviços de saúde na maioria dos tipos de violência, com maior utilização entre mulheres que sofreram violência (Tabela 4). A análise ajustada seguiu o mesmo padrão e intensificou as diferenças (Tabela 5).

Comparando mulheres que sofreram e as que não sofreram violência, verifica-se pouca ou nenhuma diferença na utilização de consulta médica, em todos os tipos de violência. Em relação à internação hospitalar, mulheres que sofreram violência apresentaram prevalência 36% maior em relação às que não sofreram (RP=1,36; IC95% 1,27-1,45). Modelo semelhante foi encontrado em relação a violência psicológica e física com razão de prevalência de 1,37 IC95% 1,27-1,46 e 1,53 IC95% 1,36-1,72 respectivamente. Não foi identificada diferença no que tange à violência sexual (Tabela 5).

Por outro lado, os serviços de pronto-atendimento foram utilizados quase que duas vezes mais por mulheres que sofreram violência sexual (RP 1,99; IC95% 1,30-3,05) e, ainda que em menor proporção, também por mulheres que sofreram outros tipos de violência (Tabela 5). A utilização de emergência domiciliar ganha destaque entre mulheres que sofreram violência física e sexual alcançando mais que o dobro de prevalência (RP 2,19; IC95% 1,80-2,67 e RP 2,3; IC95% 1,60-3,31 respectivamente). E por fim, as PICs foram mais utilizadas por mulheres que sofreram violência em todos seus tipos, com maior diferença entre mulheres que sofreram violência psicológica em comparação às que não sofreram esse tipo de violência (RP 1,38; IC95% 1,28-1,49).

Tabela 3. Prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física e sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tipo de Violência	Consulta médica	Internação hospitalar	Pronto atendimento	Emergência domiciliar	PICS
Violência Geral (n= 46.869)	p=0,002	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Não	86,15 (85,80 - 86,49)	08,63 (08,35 - 08,92)	02,04 (01,90 - 02,19)	02,58 (02,43 - 02,75)	07,19 (06,94 - 07,46)
Sim	87,42 (86,71 - 88,09)	11,47 (10,81 - 12,15)	03,35 (03,00 - 03,75)	04,30 (03,90 - 04,75)	09,37 (08,78 - 10,00)
Violência Psicológica (n= 46.869)	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Não	86,13 (85,79 - 86,48)	08,64 (08,36 - 08,92)	02,04 (01,91 - 02,19)	02,60 (02,44 - 02,76)	07,21 (06,95 - 07,47)
Sim	87,54 (86,81 - 88,23)	11,56 (10,89 - 12,26)	03,40 (03,03 - 03,81)	04,30 (03,89 - 04,76)	09,41 (08,80 - 10,06)
Violência Física (n= 46.869)	p=0,667	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,935
Não	86,37 (86,05 - 86,68)	08,97 (08,71 - 09,24)	02,21 (02,08 - 02,36)	02,79 (02,65 - 02,95)	07,60 (07,36 - 07,85)
Sim	86,72 (85,10 - 88,18)	13,65 (12,16 - 15,28)	03,96 (03,16 - 04,94)	05,51 (04,56 - 06,64)	07,65 (06,53 - 08,95)
Violência Sexual (n= 46.869)	p=0,618	p=0,044	p=0,002	p<0,001	p=0,001
Não	86,38 (86,06 - 86,69)	09,13 (08,87 - 09,40)	02,26 (02,13 - 02,40)	02,87 (02,72 - 03,03)	07,56 (07,32 - 07,80)
Sim	87,16 (83,87 - 89,86)	11,80 (09,21 - 14,99)	04,34 (02,85 - 06,57)	05,79 (04,03 - 08,27)	11,59 (09,02 - 14,77)

Tabela 4. Análise bruta sobre prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física e sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tipo de Violência	Consulta médica		Internação hospitalar		Pronto atendimento		Emergência domiciliar		PICS	
	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor
Violência Geral (n= 46.869)		0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,01 (1,01-1,02)		1,32 (1,24-1,41)		1,64 (1,44-1,87)		1,66 (1,48-1,87)		1,30 (1,20-1,40)	
Violência Psicológica (n= 46.869)		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,01 (1,00-1,02)		1,33(1,25-1,43)		1,66 (1,45-1,89)		1,65 (1,47-1,86)		1,30 (1,21-1,40)	
Violência Física (n= 46.869)		0,664		p<0,001		p<0,001		p<0,001		0,935
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,00 (986-1,02)		1,52 (1,35-1,71)		1,78 (1,41-2,24)		1,96 (1,61-2,39)		1,00 (857-1,18)	
Violência Sexual (n= 46.869)		0,608		0,041		0,003		p<0,001		0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,00 (974-1,04)		1,29 (1,01-1,65)		1,91 (1,25-2,92)		2,01 (1,40-2,89)		1,53 (1,19-1,96)	

Tabela 5. Análise ajustada para fatores de confusão (renda, escolaridade, faixa etária e cor da pele) sobre prevalências de uso de serviços de saúde por tipo de violência – violência geral, psicológica, física ou sexual. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Tipo de Violência	Consulta médica		Internação		Pronto atendimento		Emergência domiciliar		PICS	
	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor	RP (IC95%)	p valor
Violência Geral (n= 46.869)		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (1,02-1,03)		1,36 (1,27-1,45)		1,69 (1,48-1,93)		1,85 (1,64-2,08)		1,38 (1,28-1,49)	
Violência Psicológica (n= 46.869)		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (1,02-1,04)		1,37 (1,27-1,46)		1,71 (1,49-1,95)		1,83(1,62-2,06)		1,38 (1,28-1,49)	
Violência Física (n= 46.869)		0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001		0,03
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (1,01-1,05)		1,53 (1,36-1,72)		1,85 (1,46-2,34)		2,19 (1,80-2,67)		1,19 (1,01-1,40)	
Violência Sexual (n= 46.869)		0,069		0,032		0,001		p<0,001		p<0,001
Não	1		1		1		1		1	
Sim	1,03 (0,99-1,06)		1,31 (1,02-1,67)		1,99 (1,30-3,05)		2,3 (1,60-3,31)		1,67 (1,31-2,12)	

DISCUSSÃO

Observa-se maiores prevalências de violência psicológica, física e sexual entre mulheres pretas, mais jovens, pertencentes ao grupo de solteiras, com autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, com menor renda familiar, sem plano de saúde e nenhuma ocupação. Essas mulheres utilizaram os serviços de consulta médica, seguida de internação hospitalar e Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Merece destaque a utilização de emergência domiciliar entre mulheres que sofreram violência física e sexual alcançando mais que o dobro de prevalência.

Segundo dados do Ipea, 2021 em 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas no Brasil, sendo 66% negras. O risco de uma mulher negra ser vítima de homicídio em 2019 foi 1,7 vezes maior do que o de uma mulher não negra, dados que corroboram com os achados de violência contra a mulher neste estudo. Estudo realizado por (Vasconcelos, et al., 2021) utilizando dados da PNS, 2019 mostra uma prevalência de violência cometida pelo parceiro íntimo também em mulheres pretas, mais jovens, com menor escolaridade e com menor renda familiar. Estudos revelam ainda, que mulheres negras, com baixas condições sociais e econômicas vivem em desvantagem social o que propicia ao acúmulo de vulnerabilidades, o que pode levar à dificuldade em romper com o ciclo da violência. Esse achado revela o peso das construções históricas e culturais e evidencia um importante determinante da falta de equidade vivenciado por este grupo (Vasconcelos et al., 2021; Araújo et al., 2009).

O estudo identificou associação de violência com as variáveis socioeconômicas. Esse resultado vai ao encontro de estudos já realizados onde apontam que a violência constitui um fenômeno presente na vida da mulher em qualquer fase e com grande acentuação em famílias com condições socioeconômicas vulneráveis (Audi et al., 2008; Colossi et al., 2015; Baigorria et al., 2017; Leite et al., 2017; Dias, Prates, Cremonese, 2021).

Outrossim, o presente estudo revelou ainda que mulheres mais jovens e sem nenhuma ocupação sofrem mais violência em comparação às mulheres mais velhas e com autonomia financeira, o que leva a uma dependência financeira da mulher ao seu agressor. Muitos autores destacaram a associação direta entre baixa escolaridade e maior probabilidade de a mulher sofrer violência (Bernardino et al., 2016; Leite et al., 2017; Santos et al., 2020; Vasconcelos et al., 2021).

O serviço de consulta médica manteve o mesmo padrão para mulheres que sofreram violência e para as que não sofreram. Em diversos estudos analisados sobressaíram relatos da percepção das mulheres sobre o atendimento e dos profissionais médicos que justificam tal achado e que remetem ao desconhecimento na abordagem do tema e em paralelo realizam a consulta pautados no modelo biomédico, modelo reducionista voltado às lesões visíveis, à doença resultante da condição vivida e à medicalização, sem enfoque na subjetividade das mulheres e suas necessidades específicas, nem sempre evidentes em uma primeira abordagem (Trentin D et al., 2019; Souza et al., 2021). A dificuldade dos profissionais em reconhecer a violência como possível causa para diversos sintomas que atendem diariamente parece estar associado ao despreparo na percepção do ato de violência e a falta de conhecimento em relação ao manejo (HASSE, M.; VIEIRA, E. M., 2014).

Outro registro que emergiu desta pesquisa foi a prevalência de utilização de internação hospitalar por mulheres que sofreram violência sendo 36% maior em relação às mulheres que não sofreram. A literatura aponta que mulheres que sofreram agressão física utilizam mais os serviços hospitalares e a maioria ao serem hospitalizadas omitem a natureza das lesões adquiridas e os profissionais e serviços de saúde investigam pouco o dado sobre a violência contra a mulher ficando evidenciado apenas quando a mulher opta por informar tal situação. Porém, na maioria dos casos, isso não acontece e muitos dos atendimentos decorrentes de violência não são identificados nos serviços públicos de saúde (Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF, 2010; Pedrosa e Spink, 2011; Kiss LB, Schraiber LB, 2011). Tal apontamento nos remete ao entendimento que este número possa ser bem maior.

Este estudo apresentou ainda, que os serviços de pronto-atendimento foram utilizados quase que o dobro por mulheres que sofreram violência sexual e, ainda que em menor proporção por mulheres expostas a outros tipos de violência. Na maioria das vezes, o primeiro contato das mulheres é nos hospitais, pelos prontos-socorros e a oferta desses serviços permite a este público o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada (Oliveira EM et al., 2005; Brasil, 2005).

Outro serviço acessado que chamou atenção nessa pesquisa foi o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) em especial por mulheres que

sofreram violência psicológica. É necessário destacar que as PICs expressam o desejo de mostrar que é possível implementar outras práticas de saúde de forma a complementar os tratamentos convencionais existentes para os sintomas de saúde física e mental, podendo ser uma alternativa para mulheres em situação de violência que preferem ser tratadas sem medicação ou que apresentam dificuldades em se submeterem às terapias de fala (Júnior, 2016; Nunes et al., 2017).

Ainda é importante destacar que a consequência decorrente do ato de violência influencia o local onde a mulher busca atendimento o que ficou evidente após análise ajustada para fatores de confusão, onde o acesso na emergência domiciliar teve maior impacto. Mulheres que sofreram violência geral e seus subtipos acessaram mais os serviços de emergência domiciliar e esse achado merece uma atenção cuidadosa pois, subentende-se que ao ser exposta a um episódio de violência a mulher traz consigo sentimento de receio em acessar serviços da rede.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados nos EUA, Espanha, Canadá, Suécia e Japão que mesmo sendo sistemas de saúde distintos mostraram que mulheres após episódio de violência cometida pelo parceiro, em especial física, usaram mais serviços de emergência, saúde mental, ambulatório hospitalar, atenção primária, farmácia e serviços especializados quando comparadas a mulheres que não sofreram violência (Lovestad et al., 2021; Umeda et al., 2017; Vijayaraghavan et al., 2012; Dichter e Rhodes, 2011; Montero et al., 2011; Miller et al., 2010; Bonomi et al., 2009).

Nos EUA as mulheres que sofreram violência física também usaram mais serviço de emergência, ambulatório hospitalar, atenção primária, farmácia e serviços especializados. Para o serviço de emergência, farmácia e atendimento especializado, a utilização foi mais alta para mulheres com abuso contínuo (Bonomi, Anderson, Rivara & Thompson, 2009). Na cidade de Nova York, foi relatado que as participantes usaram mais serviços de emergência do que os de atenção primária, apesar de serem relativamente segurados (Vijayaraghavan et al., 2011). Estudo realizado na Espanha e no Japão aponta que houve um aumento semelhante na utilização de todos os serviços de saúde e que a utilização dos serviços de saúde foi mais prevalente entre mulheres que sofreram violência do que aquelas que não sofreram (Montero et al., 2011; Umeda et al., 2017). Já na Suécia das mulheres expostas a violência física nos

últimos 5 anos, 54,9% perceberam a necessidade de ajuda e acessaram a atenção primária à saúde (Dichter e Rhodes, 2011).

Pesquisas de diferentes contextos demonstram que a consequência decorrente do ato de violência está fortemente associada à procura de ajuda de serviços médicos prestados em domicílio e em hospitais, o que sugere que a porta de entrada emergencial preferencial por mulheres após episódio de violência não é a Atenção Primária à Saúde. Os resultados também mostraram que vários fatores sociodemográficos tem associação direta na natureza desta procura. É importante pontuar também a fragilidade que os profissionais de saúde possuem em lidar com situações de violência e o desconhecimento de fluxos e protocolos existentes.

Estudo realizado por Avanci, et al., 2017 reforça que os profissionais de saúde precisam ser habilitados a lidar com o fenômeno da violência familiar, prestando apoio e suporte que garantam o cuidado e promovam o acesso a outros serviços. Capacitação e treinamento dos profissionais é outra necessidade que fortalece o atendimento (Trentin et al., 2019), profissionais bem capacitados e com entendimento amplo do funcionamento da rede trabalham com foco em encaminhamentos assertivos, o que diminui a possibilidade de revitimização dessas mulheres.

Dentre as limitações do estudo a primeira delas é o fato de que a amostra exclui populações de rua, aldeias, quilombolas e asilos. Acredita-se que pode haver também um viés de informação (viés de memória), pois existe uma chance de as mulheres ocultarem algumas informações devido às suas percepções, crenças e religiosidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente ao longo deste estudo que as relações existentes entre os serviços de saúde no atendimento às mulheres que sofreram algum tipo de violência demandam uma série de paradigmas e preconceitos que precisam ser reavaliados e readequados.

Nota-se importantes mudanças no campo legal nas últimas décadas, porém há que avançar ainda mais nas estruturas de atendimento e acolhimento ao público em questão. É possível perceber que mesmo diante de significativos avanços as mulheres acessam mais serviços que contemplam o cuidado imediato e não contínuo, o que

potencializa um universo de estereótipos que precisa ser superado e que é reafirmado cotidianamente.

Políticas públicas voltadas para ajudar mulheres em situação de violência precisam ser fortalecidas, haja visto que as mulheres mais suscetíveis a viver esse episódio são mulheres com condições socioeconômicas vulneráveis.

O contexto avaliado nesta pesquisa aponta ainda que há necessidade de capacitação de profissionais da saúde, ampliação das discussões, novos estudos sobre o tema e a criação de políticas que enfatizem a correta execução de protocolos com a finalidade de realizar atendimento adequado às mulheres em situação de violência, em especial, nos serviços de saúde. Tais condutas propiciarão cuidados mais abrangentes e centrados na mulher em situação de violência e estarão em consonância com o princípio da integralidade.

REFERÊNCIAS

_____. Lei nº. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Lei da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Lei Maria da Penha). Brasília, DF: Senado Federal. 2006.

_____. Lei nº. 13.427 de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. *Texto Contexto-Enferm* 2013; 22(4):980-988.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)* 2009; 13 (31): 383-94. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>

ATLAS da violência 2019. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. 115 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784. Acesso em: abril 2021.

Avanci JQ et al. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9):2825-2840, 2017.

Baigorria J, Warmling D, Neves CM, Delziovo CR, Coelho EBS. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. Rev salud pública [serial on the internet]. 2017.

Bernardino, I.M. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. Rev Bras Epidemiol OUT-DEZ 2016; 19(4): 740-752. DOI: 10.1590/1980-5497201600040005

Bonomi, A. E. et al. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. Health Serv Res, v. 44, n. 3, p. 1052-67, 2009

Brasil. Código Civil. Código Civil quadro comparativo 1916/2002. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2003.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial da União, 8 ago., 2006.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de assistência Integral à saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. 2001

Cerqueira, D. et al. Atlas da violência. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021.

COLOSSI, Patrícia Manozzo et al . Violência conjugal: prevalência e fatores associados. Contextos Clínic, São Leopoldo , v. 8, n. 1, p. 55-66, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100007&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.06>.

Dias, L. B., Prates, L. A., & Cremonese, L. (2021). PERFIL, FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. SANARE - Revista De

Políticas Públicas, 20(1). <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i1.1555>

Dichter, M. E.; Rhodes, K. V. Intimate Partner Violence Survivors' Unmet Social Service Needs. *Journal of Social Service Research*, v. 37, n. 5, p. 481-489, 2011.

d'Oliveira, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1037-50, 2009.

Ellsberg, M. et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1555-66, 2015.

Galvão, Elaine Ferreira; Andrade, Selma Maffei de. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.89-99, maio-ago 2004

Giovanella, L. et al. (Orgs.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate*. 2014;38(102):482-93.

Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):328-34.

Júnior, Emílio Telesi. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. 2016.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*,16(3):1943-1952, 2011.

Krug, E. G. et al. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51: 33. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006815>

Loue, S. Health Care Utilization and Access. In: *Gender, Ethnicity, and Health Research*. Boston: Springer, 2002. p. 67-83.

Lovestad, S. et al. Intimate partner violence, associations with perceived need for help and health care utilization: a population-based sample of women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 49, p. 268-276, 2021.

Mendonça, C. S. et al. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2247-2257,

2020.

Miller, E. et al. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Maternal and Child Health Journal*, v. 14, p. 910–917, 2010.

Minayo, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2007–2016, 2018.

Minayo, M. C. S.; Assis, S. G. (Orgs). *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica*. 3. ed. Brasília (DF): MS; 2012.

Montero, I. et al. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues*, v. 21, n. 5, 400–406, 2011.

Nunes GM et al. USO DE PRÁTICAS COMPLEMENTARES NA ABORDAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/40003/2/2016>

Oliveira EM et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3):376-82. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp

Pedrosa, Claudia Mara; Spink, Mary Jane Paris. *A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica*. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011

Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Pinto, C. L.; Christino, J. M. M. Violência contra mulheres: 44 anos de pesquisa mapeados a partir dos softwares Citespace e VOSviewer. *Pensando Famílias*, v. 25, n. 2, p. 159-175, dez. 2021.

Santos IB et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1935-1946, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.19752018

Sheila Rizzato Stopa e colaboradores. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 29(5):e2020315, 2020. doi: 10.1590/S1679-49742020000500004

Trentin D, Vargas MAO, Lino MM, Leal SMC, Ferreira ML, Saioron I. Atendimento a

mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa da literatura. Esc Anna Nery 2019;23(4): e20180324

Umeda et al. Effect of socioeconomic conditions on health care utilization in marital violence: a cross-sectional investigation from the Japanese Study on Stratification, Health, Income, and Neighborhood International Journal for Equity in Health, v. 16, p. 41, 2017.

Vasconcelos, N. M.; Andrade, F. M. D.; Gomes, C. S.; Pinto, I. V.; Malta, D. C. Prevalence and associated factors to intimate partner violence against adult women in Brazil: National Health Survey, 2019. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, n. suppl 2, p. e210020, 2021.

Vijayaraghavan, M. et al. Health, access to health care and health care use among homeless women with a history of intimate partner violence. J Community Health, v. 37, n. 5, p. 1032-9, 2012.

World Health Organization – OMS - (2002). World report on violence and health. WHO.