

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

IONE BARBOSA DOS SANTOS

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER AO LONGO DA VIDA:
ESTUDO ENTRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**VITÓRIA
2017**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ata da Sessão de Defesa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem da aluna
Ione Barbosa dos Santos

Aos vinte dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezessete, na sala de aula do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (CCS/UFES), foi instalada a sessão pública para julgamento da dissertação elaborada pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, matriculada sob número 2016130998, intitulado: "Violência contra a mulher ao longo da vida: estudo entre usuárias da atenção primária". Após a abertura da sessão, a Profa. Dra. Franciele Marabotti Costa Leite, orientadora e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, as professoras doutoras: Paulete Maria Ambrosio Maciel (Membro Interno), Maria Helena Costa Amorim (Membro Externo), Márcia Valéria de Souza Almeida (Suplente Interno) e Denise Petrucci Gigante (Suplente Externo). Foi dada a palavra à 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. A presidente da banca informou que a aprovada somente terá direito a retirada de documentos na secretaria e ao título de Mestre após entrega da versão final de sua dissertação, em papel e meio digital, à Secretária do Programa.

Considerações da banca de defesa: Trata-se de um objeto de estudo relevante atual e de grande impacto para as áreas Enfermagem / Saúde da mulher / Saúde Coletiva. Os objetivos são claros e foram alcançados através de uma metodologia adequada. Os resultados são de grande relevância e que fortaleceram a construção de uma tecnologia em forma de album científico. A mestranda apresentou de forma clara.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito. Vitória, 20 de dezembro de 2017.

Profa. Dra. Franciele Marabotti Costa
(Orientadora e Presidente)

Profa. Dra. Denise Petrucci Gigante
(Suplente Externo)

Profa. Dra. Paulete Maria Ambrosio Maciel
(Membro Interno)

Profa. Dra. Márcia Valéria de Souza Almeida
(Suplente Interno)

Profa. Dra. Maria Helena Costa Amorim
(Membro Externo)

Ione Barbosa dos Santos
(Mestranda)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade.

Aos meus pais, José e Inácia, pela dedicação incansável.

Ao meu esposo Luiz Carlos, pela paciência e incentivo.

Aos meus filhos Antonio e Pedro pela compreensão “minha mãe nunca pode brincar, só fica no computador”.

A Cirlene pela colaboração no cuidado com as crianças.

À minha orientadora Franciele pela disponibilidade sem limites.

A todos os colegas de turma do mestrado.

RESUMO

Introdução: A violência configura-se como um fenômeno gerador de graves consequências para a saúde da mulher, manifestada pelas desigualdades de gênero. Mulheres em situação de violência são atendidas diariamente nos serviços de saúde e, em geral, não são identificadas como vítimas; fato que contribui para subnotificação e manutenção da violência como “epidemia silenciosa”. **Objetivos:** Estimar a prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo, ao longo da vida, entre usuárias cadastradas em unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo, e, investigar a associação com as características socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida da mulher. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, que avaliou os dados de uma pesquisa, realizada no período de março a setembro de 2014, em 26 unidades de saúde do município de Vitória, onde foram entrevistadas 991 usuárias com idade entre 20 e 59 anos. Instrumentos próprios para coleta de dados socioeconômico e comportamental foram utilizados. Para identificação das violências (psicológica, física e sexual) foi aplicado o instrumento da Organização Mundial de Saúde intitulado *World Health Organization Violence Against Women*. **Resultados:** As prevalências de violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo, ao longo da vida, foram: psicológica 57,6% (IC95%: 54,6–60,7); física 39,3% (IC95% 36,2–42,3) e sexual 18,0% (IC95% 15,7–20,5). Mulheres com até oito anos de estudos, pertencentes ao grupo de menor renda, divorciadas/separadas, cuja mãe sofreu violência por parceiro íntimo, fumantes e com histórico de uso de drogas; apresentaram maiores prevalências de abuso psicológico, físico e sexual ($p < 0,05$). **Produto:** Confecção de uma tecnologia educacional em formato de álbum seriado, abordando as formas de violência contra a mulher, os impactos da violência para saúde da mulher e para a família e as redes de enfrentamento existentes no município de Vitória. **Conclusão:** Constatou-se elevada prevalência de violência por parceiro íntimo, praticada ao longo da vida, entre as usuárias da atenção primária; associação das violências psicológica, física e sexual com as condições sociodemográficas, comportamentais e experiências pessoal e materna de violência. Nesse sentido, o álbum seriado, consiste em uma importante ferramenta de apoio aos profissionais durante os grupos de educação em saúde, uma vez que permitirá a ampliação das ações em saúde e as discussões acerca desse tema junto às usuárias, com foco não apenas na ruptura do ciclo, mas também na detecção e prevenção desse agravo.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Estratégia de Saúde da Família; Saúde da Mulher; Maus-Tratos Conjugais; Prevalência; Violência por Parceiro Íntimo; Violência Doméstica.

ABSTRACT

Introduction: Violence is a causative phenomenon of several consequences to women's health, manifested by gender inequalities. Women in violence situation are received every day in health centers and generally are not considered as victims. It contributes to the underreporting of cases and builds the violence as a silent epidemic. **Objective:** To estimate the prevalence of intimate partner violence against women throughout life of registered female users of public health centers in city of Vitória, Espírito Santo, as also investigate the association of the phenomenon with socioeconomic factors, behavioral characteristics and women's life experience. **Methodology:** It is about a cross sectional study that evaluated the data of a research made in 2014 between march and september, in 26 health centers in city of Vitória, where 991 women aged between 20 and 59 years were interviewed. It was used suitable instruments to socioeconomic data collection. To identify violence processes (psychological violence, physical violence and sexual violence) it was used the World Health Organization's instrument titled Violence Against Women. **Results:** The prevalence of intimate partner violence against women was: psychological violence 57,6% (95% CI 54,6–60,7); physical violence 39,3% (95% CI 36,2–42,3) and sexual violence 18,0% (95% CI 15,7–20,5). Women with up to 8 years of education in the low-income group, divorced, smokers and with drug use history, whose mother suffered intimate partner violence, presented high prevalence of violence ($p < 0,05$). **Product:** Making an educational tool in a flip chart format, approaching intimate partner violence against women, impacts of violence to women and family's health and the coping network support in city of Vitória. **Conclusion:** It was verified a high prevalence of intimate partner violence practiced throughout life against primary healthcare female users; association of psychological violence, physical violence and sexual violence with sociodemographic experiences, behavioral experience, personal experience and maternal experience of violence. At this point, the flip chart consists in an important support tool to professionals of health and educational groups, since it can amplify the actions for health and discussions about this subject with women, focusing not only the cycle interruption, but also the detection and prevention of the problem.

Keywords: Violence Against Women; Family Health Strategy; Women's Health; Spouse Abuse; Prevalence; Intimate Partner Violence; Domestic Violence.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAVVID	Centro de Atendimento às Vítimas de Violência e Discriminação de Vitória
CEDAW	Comitê para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIOM	Central Integrada de Operações e Monitoramento
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMUM	Conselho Municipal da Mulher
CRAMSV	Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPES	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LAVISA	Laboratório de Estudos sobre Violência Saúde e Acidentes
NUDEM	Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAVIVIS	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
PNEP	Política Nacional de Educação Popular
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
SASV	Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência de Vitória
SIM	Sistema de Informações em Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações Sobre Agravos de Notificação

SPM/PR	Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ-ES	Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFPEl	Universidade Federal de Pelotas
US	Unidade de Saúde
VCM	Violência contra a mulher
VD	Visita domiciliar
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: DEFINIÇÕES E EPIDEMIOLOGIA.....	13
2.2	POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	16
2.2.1	Políticas municipais	19
2.3	FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	22
2.4	O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DA MULHER	25
2.5	O ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	28
2.5.1	A atuação do enfermeiro	31
2.6	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	33
2.6.1	Álbum seriado	35
3	OBJETIVOS	38
4	MATERIAIS E MÉTODOS	39
4.1	TIPO DE ESTUDO E FONTE DE DADOS.....	39
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
4.3	INSTRUMENTOS.....	40
4.4	DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE.....	40
4.5	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	41
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	42
5	RESULTADOS	44
5.1	ARTIGO	44

5.2	PRODUTO	61
5.2.1	Introdução.....	61
5.2.2	Apresentação.....	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	66
	ANEXOS.....	75

1 INTRODUÇÃO

Falar da violência é fundamental para o setor da saúde. Atuando desde 2007 na Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tenho vivenciado e acompanhado em meu cotidiano, acontecimentos envolvendo mulheres em situações de suspeita ou vitimização de violência. Do mesmo modo, durante a reunião de equipe, são comuns entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) relatos de casos sobre mulheres suspeitas de serem vítimas de violência no território. Tais casos são, especialmente, evidenciados pelas marcas físicas visualizadas nestas mulheres, ou através de “comentários” dos vizinhos, mas quase nunca relatados por elas durante a visita domiciliar (VD).

Além disso, há também casos de algumas vítimas, que durante a VD do ACS tentam insinuar algum tipo de situação de violência, mas que acabam por não fazê-lo, sentindo-se intimidadas pela presença do companheiro, que as “monitoram” e as impedem de falar. Este tipo de comportamento contribui para que o fenômeno da violência permaneça subnotificado, e revela a dificuldade das mulheres em perceber a Unidade de Saúde (US) como porta de entrada para a busca de ajuda para o rompimento do ciclo de violência.

Apesar da relevância, a violência contra a mulher (VCM) ainda é pouco abordada na rotina dos atendimentos. Os casos identificados pelos profissionais, na maioria das vezes, são direcionados ao assistente social, geralmente rotulado como o profissional “responsável” pelo atendimento desses casos. Mesmo com a intensificação da mídia referente à VCM, percebe-se ainda por parte dos profissionais, uma postura de resistência e medo ao atender essas vítimas, evidenciando o despreparo no manejo da violência, contribuindo assim para a manutenção da invisibilidade do agravo.

Nesse contexto, a literatura aponta que o sofrimento da mulher em situação de violência ainda não é visto como elemento que mereça intervenção dos profissionais da área da saúde, a não ser que haja alguma base anatomopatológica objetiva para justificá-lo. Nesse último caso, a interpretação de doença pode ser acolhida, e a violência perde sentido e importância, tendendo a ser desconsiderada (OLIVEIRA;

JORGE, 2012). As práticas das equipes da atenção básica, frente às situações de violência doméstica, ainda são desafiadoras e constituem um dilema para a construção da atenção integral. O despreparo dos profissionais em lidar com situações de violência se soma a própria concepção dos profissionais sobre o fenômeno e suas causas, as ações desenvolvidas (ou não) e a relação que se estabelece com a família e demais atores da rede intersetorial (MOREIRA et al., 2014).

Todavia, é importante destacar que a violência constitui uma grande preocupação para a população brasileira e para o setor saúde, uma vez que corresponde a segunda causa de mortalidade geral, por gerar lesões e traumas físicos e emocionais; deixando muitas vezes um lastro de problemas, alguns diagnosticáveis, outros difusos, porém todos de elevada magnitude, que afetam indivíduos, famílias, grupos e a sociedade como um todo (OLIVEIRA; JORGE, 2012).

Falando especificamente da violência contra a mulher (VCM), entre todos os tipos de violências existentes, esse fenômeno tem chamado cada vez mais a atenção, e tem provocado discussões em diversos âmbitos da sociedade (ROSA, 2013), uma vez que, consiste em um problema de saúde pública que afeta mais de um terço de todas as mulheres do mundo, tratando-se de um agravo de saúde global com proporções endêmicas (BRASIL, 2005).

De acordo com dados divulgados pelo Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), no Brasil, treze mulheres são assassinadas por dia. Tomando como referência o ano de 2014, isso significa dizer que, 4.757 mulheres foram vítimas de mortes por agressão (CERQUEIRA et al., 2016). Nesse sentido, com a taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, o Brasil num grupo de 83 países, ocupa a 5ª posição no mundo. Apenas El Salvador, Colômbia, Guatemala e a Federação Russa evidenciaram taxas superiores ao Brasil (WAISELFISZ, 2015). Neste cenário vale destacar o Espírito Santo, que a partir de 2013, pela primeira vez desde 1980, saiu da lista dos cinco estados mais violentos do país (CERQUEIRA et al., 2016), entretanto a capital do referido estado, Vitória, se destaca pela maior taxa de homicídios de mulheres entre as capitais brasileiras (WAISELFISZ, 2015).

A violência contra as mulheres constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e

à integridade física. Em todas as suas formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, etc.) é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até mesmo a orientação sexual (BRASIL, 2011a).

No que se refere aos impactos na saúde, vale destacar que a violência contra a mulher, sob todas as suas formas, causa enormes danos à saúde sexual, reprodutiva, mental e ao bem-estar geral das mulheres. Em nível global, os danos para a saúde são comparáveis aos causados por doenças tais como tuberculose, câncer, doenças cardiovasculares e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (ALMEIDA, 2002).

Desse modo, sendo a violência uma “epidemia silenciosa”, com impactos na saúde das vítimas, e o setor saúde um importante cenário para a ruptura do ciclo da violência; esse trabalho tem como objeto de estudo a violência contra a mulher ao longo da vida, praticada pelo parceiro íntimo, entre as usuárias da Atenção Primária a Saúde (APS) do município de Vitória, bem como, a associação entre a violência e as características socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida da mulher.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: DEFINIÇÕES E EPIDEMIOLOGIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência consiste no uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996).

O conceito de violência contra as mulheres é bastante amplo e compreende diversos tipos de violência: a violência doméstica (que pode ser psicológica, sexual, física, moral e patrimonial), a violência sexual, o abuso e a exploração sexual de mulheres adolescentes e jovens, o assédio sexual no trabalho, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional (BRASIL, 2011a).

A Violência Doméstica é definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (Lei nº 11.340/2006). A violência doméstica contra a mulher subdivide-se em: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral (BRASIL, 2011a).

É interessante notar que homens e mulheres são atingidos pela violência de maneira diferenciada. Enquanto os homens tendem a ser vítimas de uma violência predominantemente praticada no espaço público, as mulheres sofrem cotidianamente com um fenômeno que se manifesta dentro de seus próprios lares, na grande parte das vezes, praticado por seus companheiros e familiares (BRASIL, 2011a).

Esse tipo de violência, manifestada pela desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação. Essa

desigualdade tem como uma de suas extremas formas de manifestação, a violência contra as mulheres, que é resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação(GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

A violência de gênero também denominada violência por parceiro íntimo consiste em qualquer comportamento, em uma relação íntima, que cause dano físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação. Como por exemplo, atos de agressão física, abusos psicológicos, relações sexuais forçadas e atitudes controladoras (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002). Desse modo, a violência baseada no gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Em termos globais, pelo menos uma a cada três mulheres sofrem alguma forma de abuso baseado nas desigualdades de gênero durante suas vidas. A violência contra meninas e mulheres pode começar antes do nascimento e perdurar durante toda a vida até a velhice. As mulheres relutam em discutir a violência, e podem aceitá-la como parte de seu papel feminino. Mesmo presumindo que os dados atuais subestimem a prevalência da VCM, milhões de meninas e mulheres em todo o mundo são submetidas à violência de gênero e sofrem suas consequências. As formas mais comuns de VCM são o abuso físico, sexual e emocional praticado pelo marido ou parceiro. As pesquisas indicam que de 10 a 58% das mulheres já passaram por situações de violência cometida por um parceiro ao longo de suas vidas (HANE; ELLSEBERG, 2002).

Estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), (2012) em diversos países revelou que entre 15 a 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo, em algum momento de suas vidas. A violência por parceiro íntimo é definida como comportamento dentro de uma relação íntima que provoque dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abusos psicológicos e comportamentos intimidadores. Devido à própria natureza da violência sexual e da violência praticada por parceiro íntimo, a ocorrência e os impactos causados são subestimados.

A violência pelo parceiro pode ser fatal, como demonstraram alguns estudos internacionais: entre 40 a 70% dos homicídios femininos são praticados por

parceiros íntimos (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002). Pesquisa realizada em 2010 pelo Instituto Sangari mostrou que em dez anos (1997 a 2007) 41.532 mulheres morreram vítimas de homicídios (WAISELFISZ, 2010). No entanto, antes de serem assassinadas, é muito provável que as mulheres tenham sofrido violência durante grande parte de suas vidas, sem encontrar alternativas para encerrar este ciclo (DAHLBERG; KRUG, 2006).

No Brasil, estudo de base populacional, realizado com amostra representativa, de 15 anos ou mais, mostrou que 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas (RAGO et al., 2004).

Alguns estudos, realizados por institutos de pesquisa não governamentais, como a Fundação Perseu Abramo (2010), apontam que aproximadamente 24% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica. Quando estimuladas por meio da citação de diferentes formas de agressão, esse percentual sobe para 40%. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) indica, também, maior vulnerabilidade de mulheres e meninas ao tráfico de pessoas e à exploração sexual (BRASIL, 2011a).

No município de Vitória, pesquisa recente que analisou a VCM, revelou que, cerca de 25% das usuárias das unidades de atenção básica, já foram vítimas de algum tipo de violência pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses. A violência psicológica foi a mais frequente, com prevalência de 25,3%%, seguida pela violência física com 9,9%. A Violência sexual teve a menor frequência, com 5,7% de prevalência (LEITE et al., 2017).

Apesar da magnitude do problema, muitas mulheres não relatam seu problema e não procuram ajuda. Dessa forma, a violência contra a mulher se mantém como um problema oculto, embora muitas vidas sejam extintas (WHO, 2009). É no âmbito doméstico onde acontece a maior parte das situações de violência vivenciadas pelas mulheres. Em 2011, em 70% dos registros de atendimentos realizados em mulheres

vítimas da violência no Brasil, o local do incidente foi a própria casa da vítima (WAISELFISZ, 2012).

Diante dessa magnitude, esse tipo de violência, vem tomando não apenas proporções crescentes nos casos documentados pela mídia, mas também crescente importância nas discussões de estudiosos da área e na elaboração de políticas públicas que visam promover a saúde da mulher (MOREIRA et al., 2011). Em todas as suas formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, etc.), a violência é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até mesmo a orientação sexual. Faz-se necessário, portanto, que o Estado brasileiro adote políticas públicas, acessíveis a todas as mulheres, que englobem as diferentes modalidades pelas quais a violência se expressa (BRASIL, 2011a).

2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

Entende-se que políticas públicas sejam aquelas que são frutos da intervenção do Estado, ou seja, uma resposta do Estado frente à Questão Social – nesse caso, a VCM - que abrange grande parcela da população atingindo assim, todas as classes sociais. É importante perceber que a implementação de políticas públicas é direito da população e dever do Estado (RODRIGUES, 2012).

Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à VCM foram fortalecidas por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas e da definição de ações e estratégias de gestão e monitoramento relativas à temática. Até então, as iniciativas de enfrentamento à VCM constituíam, em geral, de ações isoladas e referiam-se basicamente a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASIL, 2011a). A partir daquele ano as estratégias de enfrentamento foram ampliadas e passaram a incluir ações integradas, como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de

serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011a).

Esta ampliação foi retratada em diferentes documentos e leis publicados neste período, a exemplo dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, a Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, as Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros (BRASIL, 2011a).

Neste contexto foram elaborados os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres I e II (2004 e 2008, respectivamente) - que continham, entre as suas áreas estratégicas de atuação, a questão do enfrentamento à violência contra as mulheres pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Além disso, a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 foi criada em novembro de 2005 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República do Brasil (SPM/PR) para orientar as mulheres, em situação de risco e de violência, sobre seus direitos e onde buscar ajuda, bem como para auxiliar no monitoramento da rede de atenção à mulher em todo o país (BRASIL, 2011a).

Em resposta às recomendações ao Estado brasileiro do Comitê para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW/ONU) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 2006 o Brasil passou a contar com a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 ou Lei Maria da Penha, instrumento legal específico para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2011a).

A partir da sanção da Lei Maria da Penha, a VCM é tipificada como crime e este passa a ser julgado nos Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. A Lei Maria da Penha proíbe que casos de violência doméstica e familiar contra as mulheres sejam julgados nos Juizados Especiais Criminais, junto com crimes de menor “importância”, como era feito antes da sua publicação (BRASIL, 2011a).

Em agosto de 2007 foi lançado O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, com objetivo de prevenir e enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres. Este Pacto previa o desenvolvimento de políticas públicas amplas e articuladas, direcionadas prioritariamente às mulheres rurais, negras e indígenas em situação de violência, em função da dupla ou tripla discriminação à que estas estavam submetidas, em virtude da maior vulnerabilidade social. Previa ainda a implementação de ações nas mais diferentes esferas da vida social, como por exemplo, na educação, no mundo do trabalho, na saúde, na segurança pública, na assistência social, entre outras (BRASIL, 2007).

Nesta primeira versão os objetivos específicos do Pacto Nacional consistiam em reduzir os índices de violência contra as mulheres; promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência, considerando as questões raciais, étnicas, geracionais, de orientação sexual, de deficiência e de inserção social, econômica e regional. A proposta era organizar as ações pelo enfrentamento à violência contra mulheres, com base em quatro grandes eixos/áreas estruturantes (BRASIL, 2007):

- Consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, incluindo a implementação da Lei Maria da Penha;
- Combate à exploração sexual e ao tráfico de mulheres;
- Promoção dos direitos humanos das mulheres em situação de prisão;
- Promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento à feminização da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

A partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) foi estruturada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher. O PNPM possui como um de seus eixos o enfrentamento à violência contra a mulher, que por sua vez, definia como objetivo a criação de uma Política Nacional (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres teve por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e

combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Representou uma mudança na forma de intervenção do Estado no combate à violência, especialmente pela definição de sua responsabilidade central no enfrentamento a este fenômeno (BRASIL, 2007).

Vale destacar ainda, que essa política foi elaborada em consonância com a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), e com convenções e tratados internacionais, tais como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará 1994), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1981) e a Convenção Internacional contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas (Convenção de Palermo, 2000) (BRASIL, 2007).

A Política Nacional definiu a estruturação e a ampliação da rede de serviços especializados (delegacias da mulher, casas-abrigo, centros de referência, serviços de apoio jurídico, defensorias públicas, serviços policiais e serviços da rede pública de saúde, entre outros) para garantir o atendimento integral às mulheres em situação de violência; na conscientização e capacitação dos agentes públicos para atendimento e prevenção; na ampliação do acesso das mulheres à justiça; e no apoio a projetos educativos e culturais (Brasil, 2011a).

No que tange à participação dos municípios, esta se deu a partir da promulgação da Lei Maria da Penha, que por se tratar de uma norma jurídica, já previa a criação de serviços especializados, reforçando a responsabilidade para os governos (em especial, estaduais e municipais) de implantarem políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, formalizando a necessidade de uma rede articulada e intersetorial de atendimento à mulher em situação de violência (BRASIL, 2011b).

2.2.1 Políticas municipais

Em 1997 o município de Vitória através da Lei 4405/97, criou o Conselho Municipal da Mulher (COMUM), órgão consultivo e de assessoramento, com a finalidade de assegurar à mulher o exercício pleno de sua participação e integração no desenvolvimento econômico, social, político e cultural. Trazia em um dos seus artigos um parágrafo que citava o incentivo à promoção de uma política global no município que visasse à eliminação das diversas formas de violência às quais a mulher pudesse ser submetida (VITÓRIA, 1997).

Através da Lei 6224 (2004), Vitória introduziu o quesito “violência de gênero” no sistema municipal de informações em saúde, definindo como “violência de gênero” qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, no espaço público ou privado. No ano de 2005, o Programa Municipal de Atenção Integral às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e de Gênero foi instituído com a finalidade de atender às mulheres de forma interdisciplinar nas áreas social, jurídica e de saúde (VITÓRIA, 2005).

As ações de prevenção da violência, promoção da cidadania e atenção psicossocial e jurídica às mulheres vítimas de violência doméstica e de gênero seriam desenvolvidas pela Secretaria de Cidadania e Direitos Humanos. Enquanto as ações da Secretaria de Saúde seriam de prevenção da violência, promoção da saúde e assistência integral a estas mulheres (VITÓRIA, 2005).

Os dados referentes à violência contra as mulheres passaram a ser sistematicamente notificados pelos serviços de saúde em 2006, por meio da Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), a partir da promulgação da Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2004, que estabelecia a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendidas em serviços de saúde, público ou privado (BRASIL, 2011a). Entretanto, somente a partir de 2012 a violência contra mulher passa a ser de notificação compulsória no município de Vitória. (VITÓRIA, 2012).

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância, assistência e ainda permite o conhecimento da dinâmica da violência doméstica (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). A notificação também funciona como dispositivo que contribui para dar maior visibilidade à

violência contra a mulher, fornecer dados para o dimensionamento epidemiológico do problema e, a partir daí desenvolver estratégias voltadas a sua prevenção (SALIBA et al., 2007).

Atualmente, os dados sobre a violência contra mulheres no âmbito da saúde são registrados no Sistema de Informações Sobre Agravos de Notificação (SINAN), via ficha de notificação para violência doméstica, sexual e/ou outras violências (SALIBA et al., 2007). O registro destas informações é de extrema importância, já que pode contribuir para gerar dados que dimensionem a magnitude da violência contra mulheres como questão a ser enfrentada por diferentes setores e categorias profissionais (OKABE; FONSECA, 2009).

No que se refere ao atendimento à mulher em situação de violência, o município de Vitória possui como rede de apoio às vítimas de violência, a Delegacia da Mulher com ações de investigação, prevenção e repressão aos delitos praticados contra a mulher; o Centro de Atendimento às Vítimas de Violência e Discriminação de Vitória (CAVVID), atualmente Centro de Referência de Atendimento à mulher em situação de Violência de Vitória (CRANSV), com garantia de atendimento psicológico, social e de orientação jurídica; a Promotoria de Justiça de Defesa da Mulher e o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM) que oferecem suporte jurídico especializado; a Central de Atendimento à Mulher/Disque 180 que orienta as vítimas de violência doméstica 24 horas todos os dias; o Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVIVIS) que oferece atendimento e urgência nos casos de violência sexual; e o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência de Vitória (SASVV) que oferece atenção em saúde de média complexidade às pessoas em situação de violência residentes em Vitória, por meio de ações de assistência, prevenção, formação de profissionais e pesquisa.

Cabe ainda destacar o Botão do Pânico, dispositivo lançado em 2013 pelo Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo (TJ-ES) em parceria com a Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), com objetivo de reduzir os altos índices de violência doméstica registrados na capital. O equipamento é distribuído para mulheres que estão sob medida protetiva, podendo ser acionado caso o agressor não mantenha a distância mínima garantida pela Lei Maria da Penha; tem capacidade de captar e

gravar a conversa num raio de até cinco metros. O Botão do Pânico também dispara informações para a Central Integrada de Operações e Monitoramento (CIOM), com a localização exata da vítima, para que um carro da *Patrulha Maria da Penha* seja enviado ao local.

Ressalta-se que na saúde, preconiza-se a utilização de dados concretos para analisar, planejar e tomar decisões pertinentes com as condições de saúde de uma determinada localidade. Para tal, lança-se mão dos sistemas de informações que são vistos como ferramentas indispensáveis para a gestão de políticas públicas (SALIBA et al., 2007). Levando-se em conta que a grande demanda das mulheres pelos serviços de saúde, em especial no âmbito da ESF, torna os profissionais da saúde potenciais reconhecedores da vivência de violência pela mulher, o setor tem papel de destaque no processo de enfrentamento da violência conjugal (GOMES et al., 2014).

Nesse sentido faz-se necessário conhecer melhor a complexidade dos fatores que permeiam a violência a fim de elucidar melhor os fatores associados a ela para que a partir daí possam ser elaboradas ações de prevenção, promoção e/ou tratamento dos agravos à saúde das pessoas vitimadas, seus familiares e a comunidade.

2.3 FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Os fatores de risco aumentam a probabilidade de alguém se tornar a vítima ou perpetrador de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, e sua redução deve, portanto, ser um objetivo-chave dos esforços de prevenção, bem como um conceito integral nos esforços de monitoramento e avaliação de programas. Da mesma forma que os fatores de proteção, que são uma margem de segurança contra o risco de alguém se tornar uma vítima e/ou perpetrador de violência sexual e violência pelo parceiro íntimo, podem precisar de promoção – inclusive através de intervenções estruturais ou de outra natureza para alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento da mulher (BUTCHART et al., 2010).

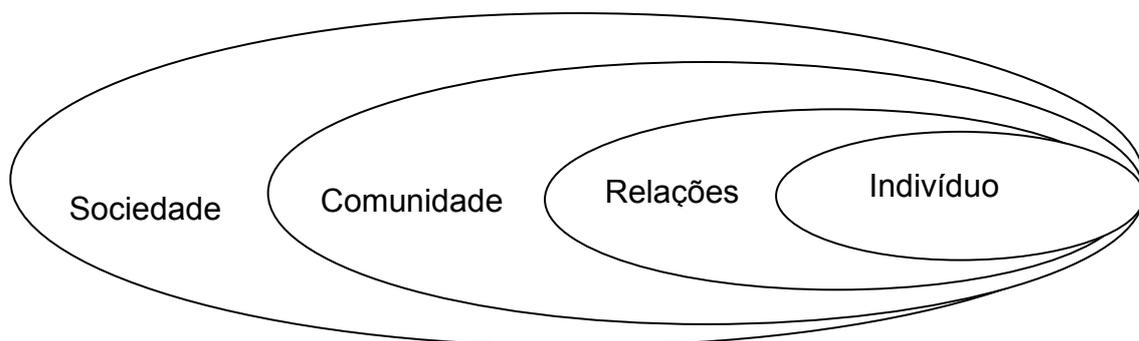
É importante destacar que não há um fator isolado que possa ser identificado como

responsável pela violência. Ela é causada por um conjunto de fatores, todos relacionados às desigualdades de poder nas relações entre homens e mulheres. Assim, as vítimas preferenciais são as pessoas em situação de menor poder na sociedade, dentre as quais as mulheres (ALMEIDA, 2002). Por estar arraigada na maioria das culturas, é consenso na literatura que esse tipo de violência possui gênese multicausal (D'OLIVEIRA et al., 2009a).

Ressalta-se que alguns fatores favorecem a manutenção da violência doméstica na sociedade. Estes podem estar associados a questões culturais, relacionados à crença na superioridade masculina, masculinidade associada a poder e dominação, família como ambiente privado e sob o controle do homem, e, ainda, aceitação da violência como forma de solução de conflitos. Os fatores econômicos perpassam pela dependência econômica das mulheres, acesso limitado à educação e emprego. Os fatores políticos estão relacionados a pouca organização e tímida participação política das mulheres. As questões legais dizem respeito às definições legais de estupro e violência doméstica, tratamento inadequado das mulheres no sistema judiciário e impunidade dos agressores (ALMEIDA, 2002).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca um modelo ecológico de causalidade apresentando fatores associados com a violência infligida pelo companheiro.

Fig. 1 Modelo ecológico para compreender a violência



Fonte: OPS/OMS, 2002

Este modelo inclui a sociedade, a comunidade, as relações e o agressor individual. A sociedade é compreendida através das normas que outorgam aos homens o controle sobre o comportamento da mulher, a aceitação da violência como uma forma de resolver os conflitos, a ideia de masculinidade vinculada à dominação ou

agressão e os papéis rígidos definidos socialmente para cada um dos sexos. Os fatores vinculados à comunidade incluem pobreza, baixa posição socioeconômica, desemprego, associação com companheiros delinquentes, isolamento da mulher e da família. No âmbito das relações pessoais se incluem; os conflitos conjugais, o controle do patrimônio e a tomada de decisões da família pelo parceiro. Os aspectos relativos ao agressor incluem: ser homem, presenciar violência conjugal durante a sua infância, pai ausente ou que o rejeita, sofrer abusos durante a infância e consumo de álcool (VELZEBOER; ELLSBERG; CLAVEL-ARCAS, 2003).

Dados da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde, de 27 municípios, de agosto de 2006 a julho de 2007, mostram que são as mulheres as principais vítimas das violências doméstica e sexual, da infância até a terceira idade. Do total de 8.9184 notificações de atendimentos de violência doméstica, sexual e outras violências, registradas no período analisado, 6.636, ou seja, 74% referiam-se a vítimas do sexo feminino. As mulheres adultas (20 a 59 anos) foram as que mais sofreram violência: 3.235 atendimentos, representando 79,9% do total de agressões relatadas (BRASIL, 2011a).

Estudo transversal, realizado por Vieira, Perdona e Santos (2011) com mulheres de 15 a 49 anos, avaliou a prevalência e os fatores associados à violência por parceiro íntimo (VPI) em Ribeirão Preto, SP. Os fatores positivamente associados à violência foram: o uso de álcool pela entrevistada e pelo parceiro, uso de drogas e percepção sobre o temperamento do parceiro. Mulheres que coabitavam, eram separadas ou divorciadas tinham duas vezes mais chance de VPI do que as mulheres casadas. Morar em casa alugada ou cedida aumentou duas vezes o risco de sofrer VPI; o mesmo ocorreu para ter sofrido abuso sexual e ter parceiro agredido fisicamente na infância.

Outro estudo semelhante com mulheres de duas regiões distintas do país - São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco - analisou as características sociodemográficas, familiares e aspectos referentes à autonomia/submissão. VPI sofrida pela mãe manteve-se estatisticamente associada com a VPI nos dois locais. Da mesma forma, ter sido abusada sexualmente na infância, ter tido cinco gestações ou mais, primeira relação sexual antes dos 15 anos e problemas com a bebida mostraram-se associados à VPI nos dois locais. Os achados mostraram que as

características sociodemográficas possuem associação com a VPI. Em relação às experiências de infância, relatar que a mãe era agredida pelo parceiro, assim como ter sofrido abuso sexual na infância foram reiterados como importantes fatores de risco para VPI(D'OLIVEIRA et al., 2009a).

Já no estudo realizado com mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, a prevalência de VPI mostrou-se mais elevada entre as mulheres mais jovens, pretas ou pardas, com oito ou mais anos de estudo, sem companheiro na época da coleta de dados e nos últimos doze meses, sem filhos, sem trabalho e que declararam não seguir uma prática religiosa. Metade dessas mulheres (50,7%) afirmou já ter feito uso de drogas e mais de um terço (36,8%) referiu uso de álcool (BARROS et al., 2016).

Do mesmo modo, estudo realizado por (LEITE et al., 2017), também mostrou associação da violência com o perfil da mulher. Nota-se que a violência psicológica esteve associada à escolaridade, situação conjugal, histórico materno de violência por parceiro íntimo, violência sexual na infância e já ter feito uso de drogas. A agressão física foi relacionada à idade, escolaridade, situação conjugal e a história materna de violência por parceiro íntimo. Já a violência sexual foi mais presente nas mulheres de menor renda e que sofreram abuso sexual na infância.

2.4 O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DA MULHER

A violência contra a mulher, sob todas as suas formas, causa enormes danos à saúde física, mental e ao bem-estar geral das mulheres. Mulheres que sofrem abuso físico ou sexual, seja na infância ou na idade adulta, correm riscos mais elevados de apresentarem problemas subsequentes de saúde. A violência parece estar associada a muitos problemas graves de saúde, tanto imediatos como de longo prazo. Estes incluem problemas físicos, tais como lesões, síndromes de dores crônicas e distúrbios gastrointestinais, além de grande variedade de problemas mentais, incluindo ansiedade e depressão (OLIVEIRA; JORGE, 2012).

Nesse contexto, juntamente com as doenças crônicas e degenerativas, a violência está alterando o perfil dos problemas de saúde em países de todo o mundo. Em

suas origens e manifestações, representa um fenômeno sócio-histórico que acompanha a história da humanidade e não constitui, por si, um problema de saúde pública. Apenas quando olhamos para os seus efeitos na saúde individual e coletiva é que percebemos a importância da formulação de políticas e práticas específicas para seu enfrentamento e prevenção, nomeadamente no campo da saúde pública (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Dentre os resultados da violência de gênero na saúde da mulher, observam-se os efeitos mortais como homicídio, suicídio, mortalidade materna e, os não mortais, que trazem consequências à saúde física: lesões, alterações funcionais, sintomas físicos, saúde subjetiva deficiente, incapacidade permanente e obesidade severa. Incluem-se ainda os transtornos crônicos como: as síndromes dolorosas crônicas, a síndrome do intestino irritável, os transtornos gastrintestinais e a fibromialgia; na saúde mental, o estresse pós-traumático, depressão, angústia, fobias e transtorno do pânico, transtornos alimentares, disfunção sexual, baixa autoestima e abuso de substâncias psicotrópicas (NIDADAVOLU, 2004).

Estudos populacionais sugerem que, entre 40% e 72% de todas as mulheres que foram fisicamente violentadas por um parceiro, a agressão deixou sequelas físicas em algum momento de suas vidas. No Canadá, 43% das mulheres agredidas receberam cuidado médico e 50% tiveram de pedir licença no trabalho em virtude da agressão. Contudo, os ferimentos não são o resultado mais comum, destacando-se as “desordens funcionais”: um conjunto de queixas que não tem uma causa médica identificável (HEISE; GARCIA MORENO, 2002).

Mulheres que sofreram abuso sexual na infância ou na vida adulta adoecem mais do que mulheres que não passaram por tal situação, tanto com relação à saúde física e psicológica quanto à adoção de comportamentos não saudáveis, como tabagismo, consumo de álcool e outras drogas e sedentarismo. De modo geral, há um risco maior de desenvolverem depressão, tentativas de suicídio, dor crônica, transtornos psicossomáticos, ferimentos físicos, problemas gastrointestinais, síndrome de intestino irritável (HEISE EGARCIA-MORENO, 2002).

Na perspectiva da saúde sexual e reprodutiva, a violência limita a capacidade das mulheres para prevenção de gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis, seja pela impossibilidade de recusar relações sexuais não protegidas,

ou pela dificuldade de negociar com o parceiro o uso de meios de prevenção. São frequentes, entre as mulheres em situação de violência: problemas ginecológicos persistentes, incluindo dores crônicas; alterações psicológicas diversas; comportamentos sexuais de risco, como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros e abuso de drogas (ALMEIDA, 2002).

Estudo realizado nos Estados Unidos verificou que as mulheres que eram agredidas pelo parceiro, tinham três vezes mais probabilidades de apresentarem um problema ginecológico do que as outras mulheres que não haviam sofrido este tipo de abuso. Estes problemas incluem dor pélvica crônica, sangramento ou corrimento vaginal, infecção vaginal, dismenorréia, disfunção sexual, doença inflamatória pélvica, dor na relação sexual, infecção urinária e infertilidade (HANE; ELLSEBERG, 2002).

A violência ainda se constitui fator obstaculizador do planejamento familiar, da proteção ao HIV/AIDS e da prevenção a riscos obstétricos, perdas fetais e baixo peso ao nascer (MOREIRA et al., 2011). Somando-se a isso, estudo realizado no Brasil, com usuárias da atenção primária no município de Vitória, avaliou a associação entre a violência por parceiro íntimo e a não realização do exame de Papanicolaou, e demonstrou resultados extremamente preocupantes, ao revelar que mulheres vítimas de violências praticadas pelo parceiro íntimo são mais propensas a ter seu exame de Papanicolaou em atraso (LEITE, 2016).

É fato que as consequências da violência contra as mulheres não têm sido reconhecidas, diagnosticadas nem tratadas da devida forma, em parte, em virtude do estigma social que permeia o fenômeno. Frequentemente, o olhar do profissional de saúde, impregnado de estereótipos sociais, deixa de enxergar os efeitos sobre a saúde, de formas de violência como as agressões de maridos sobre mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Estudos com mulheres vítimas de violência conjugal demonstraram que as mulheres que relataram a busca de assistência em algum serviço de saúde não foram atendidas em rotinas de atenção sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual e, também, que a maioria dos serviços não dispõe de protocolos de atenção à violência contra a mulher (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Sabe-se que ao longo de suas vidas, as mulheres que vivenciam violência

doméstica ou sexual apresentam mais problemas de saúde, geram mais custos de atenção sanitária e buscam, com mais frequência, os serviços hospitalares e de urgência que outras pessoas que não sofrem maus tratos (OPAS, 2002). Nesse contexto, partindo do fato de que a violência afeta significativamente o processo saúde-doença das mulheres, podemos considerar os serviços de saúde como lócus privilegiado e estratégico para detectar condições de risco e identificar as possíveis vítimas de violência (BATISTA et al. , 2013).

2.5 O ATENDIMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nas últimas três décadas no Brasil, houve um aumento significativo dos serviços voltados às mulheres em situação de violência, permeado por intenso movimento pelos direitos humanos das mulheres, produção científica sobre o tema, surgimento de conselhos e coordenadorias da mulher, delegacias, serviços especializados e legislação específica sobre o tema (CORTES et al., 2015).

Apesar do avanço representado por tais iniciativas, ainda há muitas dificuldades no que diz respeito à qualidade da assistência às mulheres vítimas de violência (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Sabe-se que mulheres frequentam mais os serviços de saúde, principalmente aqueles destinados à prevenção e promoção da saúde, seja pelo seu posicionamento cultural como cuidadora, seja pela responsabilização com os cuidados de outras pessoas (GUEDES et al., 2013). Estas, ainda podem apresentar-se a serviços de urgência e emergência por problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, fraturas, tentativas de suicídio, abortamentos, etc.), ou recorrer a serviços de atenção primária em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência nestes casos (SCHRAIBER, 2005). No entanto, apesar dessa frequência, a VCM é pouco identificada nos serviços de saúde, sendo caracterizada como um problema extremamente difícil de ser abordado (MONTEIRO et al., 2006).

Tais dificuldades se devem, entre outros fatores, à formação insuficiente (SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014), atitudes e crenças do profissional (TUFTS; CLEMENTS; KARLOWICZ, 2009; ROBINSON, 2010). A literatura tem apontado como principais obstáculos para o reconhecimento da VCM pelos profissionais de saúde; a ausência de treinamento, a falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, a falta de segurança e pouco apoio para as vítimas (MONTEIRO et al., 2006). Desse modo, a desinformação e a falta de capacitação profissional específica são evidenciadas como elementos que alimentam a invisibilidade da violência pelos serviços (ANDRADE, 2009).

Destaca-se ainda, como ingrediente que favorece essa invisibilidade, a difusão da ideia de que a violência entre parceiros íntimos, é um problema privado que só pode ser resolvido pelos envolvidos. Além disso, muitos profissionais tendem a compreender a VCM como problemática que diz respeito apenas à esfera da segurança pública e da justiça (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006).

Sendo assim, as demandas trazidas pelas mulheres em situação de violência são frequentemente assumidas como situações assistenciais destinadas ao insucesso. Cabe aos serviços de saúde, buscarem novas estratégias de reorientação e gerenciamento às práticas profissionais no atendimento à VCM (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

A AP merece destaque quando se trata de ações referentes à VCM por diversas razões. Em primeiro lugar, este nível de atenção tem grande ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde. Além disto, tem um aumento de cobertura e incremento, com valorização da visita no domicílio através da crescente implantação da ESF. Este nível de atenção enseja um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, uma relação mais próxima com a comunidade e dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher (D'OLIVEIRA et al., 2009b).

A ESF no coletivo, tem constituído um importante marco na implementação das práticas em saúde coletiva no Brasil, configurando o *lócus* privilegiado para o reconhecimento de necessidades em saúde, estabelecendo também espaços que, articulados às demais instâncias da rede de atenção à saúde, buscam atender a

essas necessidades (EGRY, 2008).

Desse modo essa estratégia apresenta-se como um terreno fértil em possibilidades de ampliação do recorte de seu objeto de trabalho no sentido de reconhecer a violência como problema cuja prevenção e enfrentamento são inerentes ao setor, uma vez que esta é uma realidade na vida das usuárias e que tem intrínseca relação com seu processo saúde-doença-foco de todo agir em saúde (GUEDES et al., 2013). Considera-se então que é de responsabilidade das equipes da ESF conhecer, discutir e identificar pessoas vulneráveis à violência intrafamiliar na população adscrita, facilitando a definição de ações a serem desenvolvidas com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico e viabilizar a adoção das medidas adequadas ao enfrentamento da VCM.

Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar capacitada para orientar e dar suporte às mulheres em situação de violência, ajudando-as a compreenderem, analisarem e tomarem as decisões pertinentes à problemática. Esse suporte deve agregar a rede de serviços especializados das áreas de saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade envolvendo as associações de moradores, os grupos de mulheres e religiosos, entre outros (MACHADO et al, 2014).

Outro ponto a ressaltar é que a ESF ainda garante o atendimento por uma equipe multiprofissional (CORTES et al, 2015). A avaliação multidisciplinar, sob o prisma de diversos profissionais da área da saúde, possibilita a análise global desta problemática, bem como enriquece a gama de informações obtidas e aumenta a profundidade da análise dos resultados. Conseqüentemente, possibilita maior variedade de sugestões para a aplicação de políticas públicas visando o enfrentamento da VCM (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

Ainda no que se refere ao atendimento dos profissionais às situações de VCM, este, deve convergir com a proposta das diretrizes políticas, para que a partir da busca de ajuda haja investimento para além da necessidade pontual apresentada (lesão física) e, as mulheres encontrem espaço para falar sobre essa vivência receber orientações sobre outros serviços e o direito de uma vida livre de violência, e assim possam desnaturalizar as situações vivenciadas. Para isso, os profissionais de saúde precisam agir com atitude de interesse, de não julgamento ou vitimização e sim de

apoio à mulher (CORTES et al, 2015).

Acredita-se que quando a relação profissional-usuária é permeada por elementos que transcendem a abordagem estritamente clínica, configura-se uma possibilidade de cuidado às mulheres em situação de violência, uma vez que a vivência dessas, passa a ser visualizada pelo profissional em suas dimensões subjetivas. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde e em particular os enfermeiros estão em uma posição única de identificação e acolhimento das mulheres vítimas de violência, pois são, muitas vezes, o primeiro contato dentro do sistema de saúde ou em serviços de emergência, centros de atenção comunitária ou serviços especializados (ARREDONDO-PROVECHO et al, 2008).

2.5.1 A atuação do enfermeiro

Por serem um dos primeiros profissionais a entrarem em contato com as mulheres nos serviços de saúde, os enfermeiros ocupam um papel de destaque no atendimento à VCM. Além disso, geralmente mantêm um vínculo de longa duração com as usuárias, de maneira que a sua capacitação para manejar casos parece ser crucial no atendimento a violência (BARALDI et al., 2012).

Sendo assim, torna-se extremamente importante que estes enfermeiros estejam preparados para o enfrentamento e prevenção da violência (LEITE et al., 2016b). Para tanto, esses profissionais não devem atuar somente como intervencionistas nos agravos físicos, mas como agentes de promoção da saúde, constituintes de uma rede de serviços que buscam enfrentar as sequelas e disseminação de uma cultura de violência (VIEIRA et al., 2011).

No que diz respeito ao cuidado de Enfermagem, as/os enfermeiras/os são consideradas/os elementos chave, uma vez que se formam para compreender a natureza complexa do conceito de saúde e bem estar, assim como o impacto dos fatores psicossociais e socioeconômicos tais como pobreza, etnicidade e gênero (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2013). Desse modo, para

realizar esse cuidado às vítimas de violência, a enfermagem deve considerar os fatores relacionados com a situação, olhar além do fato ou queixa apresentada, pensar globalmente sobre os fatores que contribuem para a produção da violência e direcionar as suas ações de cuidado à pessoa considerando as suas especificidades e singularidades (BATISTA et al., 2013).

A necessidade de abordagem pelos profissionais para além do enfoque biológico é apontada pelas próprias mulheres quando demonstram querer o interesse dos profissionais não só nos seus corpos; necessitam também de informações sobre serviços disponíveis e aconselhamento (NARULA; AGARWAL; MCCARTHY, 2012). Cabe então aos enfermeiros, como parte da equipe de saúde partilhar a responsabilidade de identificar os casos, e orientar na busca de soluções na rede de assistência à violência que envolve vários outros setores, como segurança pública, assistência social, educação, assistência jurídica, entre outros (BARALDI et al., 2012).

Tais atitudes são de grande relevância no atendimento a VCM, pois garante a continuidade da atenção, um importante fator a ser incluído para o desenvolvimento do cuidado a essas mulheres (D'OLIVEIRA et al, 2009b; USTA et al, 2012). Constata-se assim que apoio emocional, informações sobre os recursos legais disponíveis, confidencialidade e o estímulo da autonomia das mulheres são elementos fundamentais no atendimento em saúde (USTA et al, 2012).

Acredita-se ainda, que tais atitudes possam contribuir para desvelar a violência no interior dos serviços de saúde; a fim de que a situação possa ser compreendida nas suas dimensões clínica e social, e que possam ser desenvolvidas práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, visando um cuidado integral. Este processo resultaria na aproximação da saúde com os direitos humanos e empoderamento das mulheres, para se recuperar esses direitos, restabelecendo a ética nas relações interpessoais, e tratando de forma integrada os agravos à saúde recorrentes.

Outra importante estratégia, seria ainda oferecer a essas mulheres e suas famílias, alternativas de apoio e assistência como os grupos de educação em saúde. A educação em saúde constitui-se como uma opção de atendimento em diversos âmbitos, pois proporciona aos participantes desenvolver um papel participativo e

crítico nos grupos, essencial para a promoção da saúde e autocuidado (ALVES; SOUZA, 2011).

2.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional, e que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção (WESPHAL, 2006).

Vale pontuar que a educação não é um mero componente da APS. Antes disso, ela, em sua totalidade, é um processo eminentemente educativo, uma vez que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 2001). A prática educativa deve respeitar a cultura das pessoas, considerando as experiências e valores que elas acumularam, e não pretende erradicar os mesmos da sua vivência; a ação educativa pretende, assim, que as pessoas entendam os seus problemas de saúde e tenham uma opinião crítica sobre eles (BRASIL, 2009).

Ainda assim, observa-se que as ações educativas na ESF são, em grande parte, pautadas no modelo tradicional de imposição de conhecimentos, caracterizadas por intervenções verticalizadas e pouco preocupadas com o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (SOUZA, 2008). Entretanto, é possível encontrar, nessa perspectiva, práticas educativas menos normativas e diretivas convivendo com outras do modelo tradicional (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003; FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

As ações consideradas menos diretivas utilizam metodologias ativas de aprendizagem que ajudam as pessoas a promoverem em si mesmas as mudanças necessárias para obter uma melhor qualidade de vida e modificar os modos de viver

(TREZZA; SANTOS; SANTOS, 2007). Tais práticas são geralmente resultantes da sensibilidade, da criatividade e da percepção dos profissionais quanto à necessidade de ampliar as ações de promoção da saúde para além das atividades de criação de grupos e palestras (UCHÔA, 2009). A partir dessa concepção, em 2012 foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular (PNEP), com a perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais (BRASIL, 2012).

A Educação Popular em Saúde (EPS) compreende o cuidado em saúde numa perspectiva integral do ser humano, tendo a religiosidade, a ancestralidade e a cultura construída na relação com a natureza e seu contexto social, como elementos fundantes. Aponta a construção de horizontes éticos para o cuidado em saúde não apenas como ação sanitária, mas social, política, cultural, individual e coletiva, inserida na perspectiva da produção social da saúde, na qual se integram a diversidade de saberes e práticas de cuidado permeadas pela amorosidade, diálogo, escuta, solidariedade e autonomia (BRASIL, 2012). Essa noção reforça o compromisso dos profissionais com práticas educativas que operem na lógica de mudanças na vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS et al., 2016).

A EPS tem construído sua singularidade a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população. Contudo, não se contrapõem nem ambicionam sobrepor o saber científico e sim agir compartilhada e dialogicamente com as práticas profissionais de saúde instituídas no SUS (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a educação em saúde tem como proposta atuar produzindo novos processos de ensino; seu alvo principal é trabalhar com o coletivo, de modo que desperte a consciência de se olhar para o outro, e faça dele o seu principal objetivo. (BRASIL, 2004).

Cabe destacar que uma das formas de se trabalhar a educação em saúde consiste nas ações educativas. Estas, são atividades que visam desenvolver tanto a capacidade individual quanto coletiva, com o intuito de melhorar a condição de vida

e de saúde, garantindo acesso a bens e serviços de saúde de qualidade (BARBOSA et al., 2015). No processo educativo, os profissionais devem enfatizar a educação popular em saúde, não apenas valorizando o conhecimento técnico-científico, mas também levando em consideração os saberes e conhecimentos da população, dando aos usuários a oportunidade de expor suas dúvidas e, possivelmente, estreitar suas relações com a equipe de saúde (LUCHESE; BERETTA; DUPAS, 2009). Desse modo, deve-se utilizar tecnologias educacionais, que conscientizem a comunidade diferentemente das ações preconizadas tradicionalmente (ZAMBOM; ZANOTTI; CRUZ, 2009). Nesse contexto o álbum seriado se apresenta como uma tecnologia educacional, cuja metodologia facilita a sistematização da ação educativa, a organização conceitual, o diálogo e a interação entre profissionais e população (MARCIANO et al., 2008).

2.6.1 Álbum Seriado

O álbum seriado, constitui uma tecnologia educacional, definida como um dispositivo para a mediação de processos de ensino e aprendizagem, a qual é utilizada em diversos processos de educação, como mediadora para a promoção da saúde (NIETSCHE et al., 2005).

Essa ferramenta educacional tem como finalidade nortear o diálogo do grupo a fim de favorecer a práxis ação-reflexão-ação, subsidiando intermediações de saberes e práticas incutidas nas vivências e experiências dos sujeitos, levando-os à construção de uma consciência crítica (MARTINS et al., 2012).

Tal metodologia apresenta ainda um enfoque na abordagem qualitativa, despertando o potencial de participação dos indivíduos. É uma ferramenta que busca conhecer e intervir em uma realidade que unifique proponente e beneficiário das propostas, considerando os aspectos históricos, éticos, políticos e socioculturais do conhecimento (THIOLLENT, 1988; VASCONCELOS, 1998). Acredita-se que por ser composto basicamente de ilustrações e textos, o álbum seriado seja um interessante recurso visual utilizado para auxiliar aulas, palestras, demonstrações, entre outros.

Vale destacar que as ilustrações de um álbum seriado devem ser simples, atraentes e reproduzir a realidade, podendo ser fotografias, figuras ou qualquer material relacionado a um tema. Já os textos devem empregar letras grandes nos títulos e conter palavras e orações simples, acessíveis ao público-alvo, e somente pontos-chaves do assunto a ser tratado. Para usá-lo da melhor maneira possível, recomenda-se não se ater somente ao que está representado, mas ir além, para fixar os pontos importantes (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Paulo Freire, (1999) em seu modelo de educação, enfatiza que as ilustrações/figuras devem ser codificadas de situações locais e, com a colaboração do facilitador, possibilitar a decodificação dos elementos pelo grupo, proporcionando análise de problemas que possam levar ao debate e à conscientização sobre a temática abordada.

Diante da problemática da “Violência contra a mulher”, e sua magnitude no município de Vitória, conforme dados evidenciados pela presente pesquisa, bem como, a dificuldade dos profissionais de saúde na abordagem ao tema nas unidades de saúde, surgiu o interesse de confeccionar um álbum seriado, por entender que esta ferramenta contribuirá na ampliação das ações de abordagem à violência contra a mulher nos serviços de atenção primária.

Desse modo, foi elaborado o álbum seriado intitulado “Dialogando sobre a Violência Contra a Mulher”. Essa ferramenta consiste em um guia para o diálogo do profissional com os participantes dos grupos de educação em saúde, com finalidade de favorecer a ação-reflexão-ação, visando subsidiar intermediações de saberes e práticas incutidas nas vivências e experiências dos sujeitos, levando-os à construção de uma consciência crítica (MARTINS et al., 2012). Vale ainda ponderar que o álbum poderá ser utilizado pelo enfermeiro e demais profissionais durante os grupos de educação em saúde como forma de divulgação da temática nos diferentes ciclos de vida.

A confecção do álbum passou pelas seguintes etapas:

- Seleção do texto;
- Seleção de figuras e ilustrações;

- Confecção do esboço inicial;
- Avaliação do álbum por integrantes do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA);
- Aprovação da versão final.

3 OBJETIVOS

- Estimar a prevalência de violência contra a mulher por parceiro íntimo, ao longo da vida, entre usuárias cadastradas em unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo.
- Investigar a associação entre a violência contra a mulher por parceiro íntimo ao longo da vida e as características socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida da mulher.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO E FONTE DE DADOS

Este estudo utilizou dados de um projeto maior, do tipo epidemiológico, transversal, desenvolvido no período março a setembro de 2014, pela então, aluna do Doutorado em Epidemiologia, na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), profa. Franciele Marabotti Costa Leite, sob a orientação da Dra. Denise Petrucci Gigante (UFPel) e coorientação da Dra. Maria Helena Costa Amorim.

Tal estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES), Edital FAPES/CNPq n.012/2012, de acordo com o Processo n. 60530812 (LEITE, 2016).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo supracitado foi representada por mulheres com idade entre 20 e 59 anos, cadastradas na ESF e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Para o cálculo da amostra, para estimar a prevalência de VPI e a associação dos desfechos com as exposições, foi adotado nível de confiança de 95% e erro aceitável de 5 pontos percentuais, com amostra final de 998. Ao final esse estudo foi composto por 991 mulheres, usuárias de 26 unidades de saúde do município de Vitória, Espírito Santo (ANEXO A).

As mulheres foram convidadas a participar do estudo, e, posteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), em um espaço reservado foi realizada a entrevista contendo questões acerca das características socioeconômicas, comportamentais, bem como, a história de violência pelo parceiro íntimo ao longo da vida. Após as entrevistas as participantes recebiam um folder que continha orientação sobre a violência contra a mulher e as redes de enfrentamento.

A equipe de pesquisa foi composta por dez (10) entrevistadoras, que se somaram aos demais membros da equipe de pesquisa: coordenação, 4 supervisoras de campo e 4 digitadores. O trabalho de campo foi iniciado em fevereiro de 2014 com a realização do teste piloto, e a partir de março iniciou-se as coletas de dados que se finalizou em setembro do mesmo ano. Foram incluídas no estudo mulheres que possuíam parceiro íntimo no momento do estudo, ou nos últimos 12 meses. Como critério de exclusão adotou-se: mulheres com déficit intelectual ou sensorial incapazes de se comunicarem. Para o estudo foi definido como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais desde que mantendo relações sexuais.

4.3 INSTRUMENTOS

Os dados utilizados no estudo atual referem-se às seguintes exposições: características socioeconômicas, comportamentais, experiência de violência pela mãe e violência sexual na infância. Como desfechos os seguintes dados: violências física, sexual e psicológica praticadas pelo parceiro íntimo ao longo da vida. Os questionários utilizados para a obtenção de tais dados podem ser acessados na Tese de Doutorado da Dra. Franciele Marabotti Costa Leite, defendida em 24 de maio de 2016 na UFPel (LEITE, 2016).

4.4 DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL DEPENDENTE

Os desfechos para o estudo atual são: violência física, sexual e psicológica ao longo da vida. Para identificação desses desfechos foi utilizado o instrumento intitulado “World Health Organization Violence Against Women” (WHO VAW STUDY), da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ANEXO C), que tem por objetivo identificar as diferentes formas de violência contra mulheres em seus domínios psicológico, físico e sexual. Esse instrumento possui 13 questões relacionadas à violência, com

capacidade de diferenciar as formas desse agravo nos diferentes contextos sociais, sendo abrangente e curto. Foi validado para o português e considerado com elevada consistência interna. As violências física, psicológica e sexual estiveram presentes quando a mulher respondeu sim a um dos itens do instrumento (SCHRAIBER et al., 2010).

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Considerou-se variáveis independentes as características socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das variáveis socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida.

Características socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida		
VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	TIPO
Idade	Idade da mulher	Discreta (anos)
Raça/cor	Raça/cor da mulher	Nominal
Escolaridade	Escolaridade da participante	Discreta (anos)
Situação conjugal	Situação conjugal da participante	Nominal
Religião	Religião da participante	Nominal
Renda familiar	Valor da renda total da família	Discreta
Doses de álcool	Dose que geralmente ingere quando bebe	Discreta
Fumo	Participante fuma	Categórica (Sim/Não/Ex-fumante)
Uso de droga (s) alguma vez	Participante já fez uso de droga (s) alguma vez	Categórica (Sim/Não)
História materna de violência	Sua mãe já apanhou de algum parceiro	Categórica (Sim/Não)
História de violência sexual na infância	A participante tem história de violência sexual na infância	Categórica (Sim/Não)

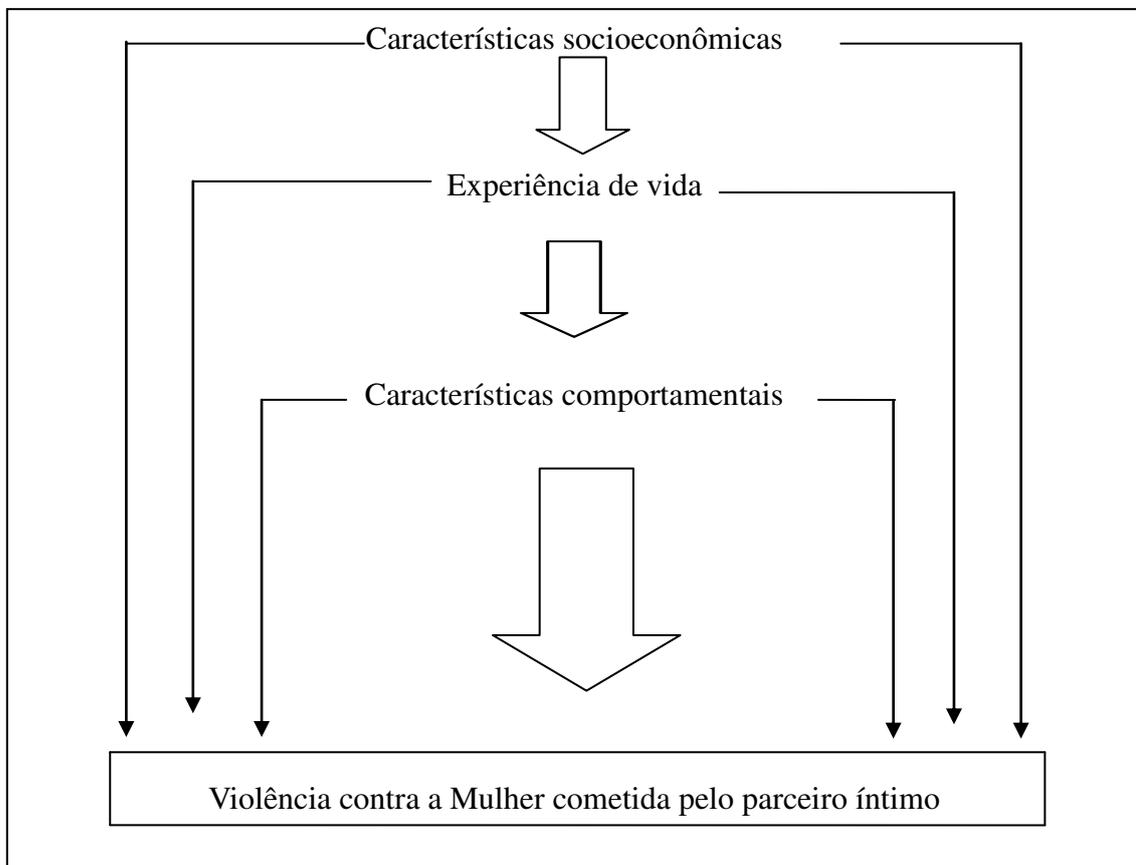
Fonte: a autora.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para o presente estudo realizou-se análises descritivas, calculou-se as prevalências

e respectivos IC 95% da violência por parceiro íntimo ao longo da vida. A análise bivariada, que investigou a associação entre o desfecho e as características socioeconômicas, comportamentais e experiência de vida, efetuou-se através do teste qui-quadrado ou exato de Fisher conforme pressupostos. Já análise multivariada, através de Regressão de Poisson bruta e ajustada para fatores de confusão segundo modelo hierárquico (Figura 2). Para a entrada no modelo não foi determinado um valor de p , para não excluir possíveis fatores de confusão; já a permanência no modelo foi determinada pelo valor de $p < 0,05$.

Figura 2 – Modelo hierarquizado de análise para determinação da violência



Fonte: a autora.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Como descrito anteriormente, esse projeto é parte de um projeto maior (LEITE, 2016), de tal modo, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo aprovado sob o número 21221513.4.0000.5060 (ANEXO D).

Por fim, maiores detalhes metodológicos do estudo podem ser encontrados na Tese de Doutorado da Dra. Franciele Marabotti Costa Leite, defendida em 24 de maio de 2016 na UFPel.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA VIDA: ESTUDO ENTRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo, ao longo da vida, entre as usuárias da Atenção Primária. **Método:** Estudo transversal realizado com 991 mulheres de 20 a 59 anos. O rastreamento das violências física, sexual e psicológica foi feito pelo instrumento da Organização Mundial de Saúde. Regressão de Poisson foi utilizada para análise bruta e ajustada. **Resultados:** As prevalências de violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo, ao longo da vida, foram: psicológica 57,6% (IC95%: 54,6–60,7); física 39,3% (IC95% 36,2–42,3) e sexual 18,0% (IC95% 15,7–20,5). Condições sociodemográficas, comportamentais e experiências pessoal e materna de violência podem estar associadas a maiores prevalências de violência ($p < 0,05$). **Conclusão:** Constatou-se elevada prevalência de violência cometida pelo parceiro entre as usuárias. É fundamental a implantação de instrumentos para detecção desse agravo e rastreamento dos fatores de risco, de modo a promover um cuidado qualificado.

Descritores: Violência. Fatores socioeconômicos. Maus-tratos conjugais. Violência por parceiro íntimo. Violência doméstica.

Key words: Violence. Socioeconomic factors. Spouse abuse. Intimate partner violence. Domestic violence.

Palabras clave: Violencia. Factores socioeconómicos. Maltrato conyugal. Violencia de pareja. Violencia doméstica.

Introdução

A violência contra a mulher, constitui um fenômeno complexo, baseado nas relações de gênero, que desencadeia danos físicos, psicológicos e/ou sofrimento para a mulher¹. Esse agravo está relacionado às relações desiguais de poder, ou seja, à subordinação da mulher ao homem. A violência contra a mulher, é um problema de saúde pública presente em todo o mundo, e predominantemente, praticada pelo parceiro íntimo².

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2013, 30,0% das mulheres no mundo já haviam sido vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo³. No Brasil, estudo de base populacional realizado com amostra representativa de 15 anos ou mais mostrou que 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas⁴.

Esse fenômeno social de elevada prevalência, afeta sobremaneira a saúde e o modo de viver das mulheres⁵. Os danos causados por essa violência podem durar uma vida inteira e ampliar-se através de gerações, com efeitos adversos graves na saúde, na educação, no trabalho, e no bem-estar econômico de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades;⁶ constituindo assim, uma grande preocupação para a população brasileira e para o setor da saúde, uma vez que pode acarretar mortes, traumas físicos e emocionais⁷.

Entretanto, a literatura aponta que o sofrimento da mulher em situação de violência ainda não é visto como elemento que mereça intervenção dos profissionais da área da saúde, a não ser que haja alguma base anatomopatológica objetiva para justificá-lo. Neste último caso, a interpretação de doença pode ser acolhida, e a violência perde sentido e importância, tendendo a ser desconsiderada⁷. As práticas das equipes da atenção básica frente às situações de violência doméstica ainda são desafiadoras e constituem um dilema para a construção da atenção integral. O despreparo dos profissionais em lidar com situações de violência se soma à própria concepção dos profissionais sobre o fenômeno e suas causas, as ações desenvolvidas (ou não) e a relação que se estabelece com a família e demais atores da rede intersetorial⁸.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi estimar a prevalência e os fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo ao longo da vida entre as usuárias da Atenção Primária.

Método

Aspectos éticos

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Parecer 470.744/2013).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal derivado de uma pesquisa maior⁹, desenvolvida no período março a setembro de 2014, em 26 unidades de saúde (US) do município de Vitória, Espírito Santo.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foi empregada a estratégia de amostragem proporcional por US, sendo entrevistadas 991 mulheres com idades entre 20 e 59 anos, usuárias dos serviços de atenção primária. Os procedimentos da amostra estão descritos em outro artigo⁹.

Protocolo do estudo

A entrevista ocorreu em espaço reservado da US, posteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por uma equipe de entrevistadoras, todas as mulheres, treinadas especificamente para a pesquisa. Foram incluídas no estudo usuárias que possuíam parceiro íntimo (VPI) no momento da entrevista ou nos últimos 12 meses. Foi definido como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais, desde que mantendo relações sexuais. Como critério de exclusão adotou-se: mulheres com déficit intelectual ou sensorial incapazes de se comunicarem. Na coleta de dados foram utilizados dois questionários. O primeiro contendo a caracterização socioeconômica: idade (categorizada por décadas); cor da pele autorreferida (branca, preta e parda); escolaridade (até oito anos; nove anos ou mais); renda familiar (\geq 1500; 1501-2924; $<$ 2925); situação conjugal (casada; solteira; divorciada ou separada; e em união consensual); religião (católica ou evangélica – sim; não). Para identificar a experiência familiar e vida de violência foi perguntado, respectivamente: “Sua mãe já sofreu alguma violência por parte do parceiro íntimo?” (sim/não) e “A senhora sofreu violência sexual na

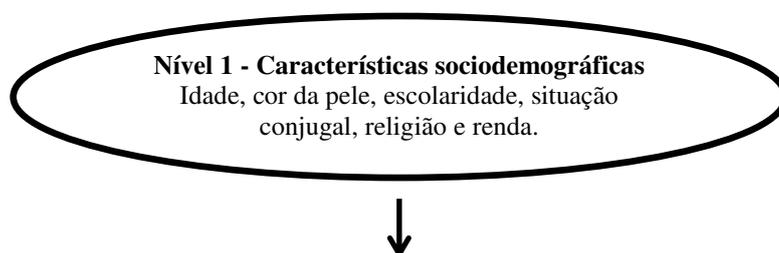
infância?” (sim/não). Quanto à caracterização comportamental foi questionado: dose de bebida alcoólica ingerida (menor ou igual a duas; mais de duas e até oito; ou mais de oito doses). Uma dose correspondeu, em média, a uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”; tabagismo (distribuído em duas categorias: fumantes – fumavam pelo menos um cigarro por dia – não fumantes, que incluiu ex-fumantes) e histórico de uso drogas (uso de drogas alguma vez na vida – sim; não).

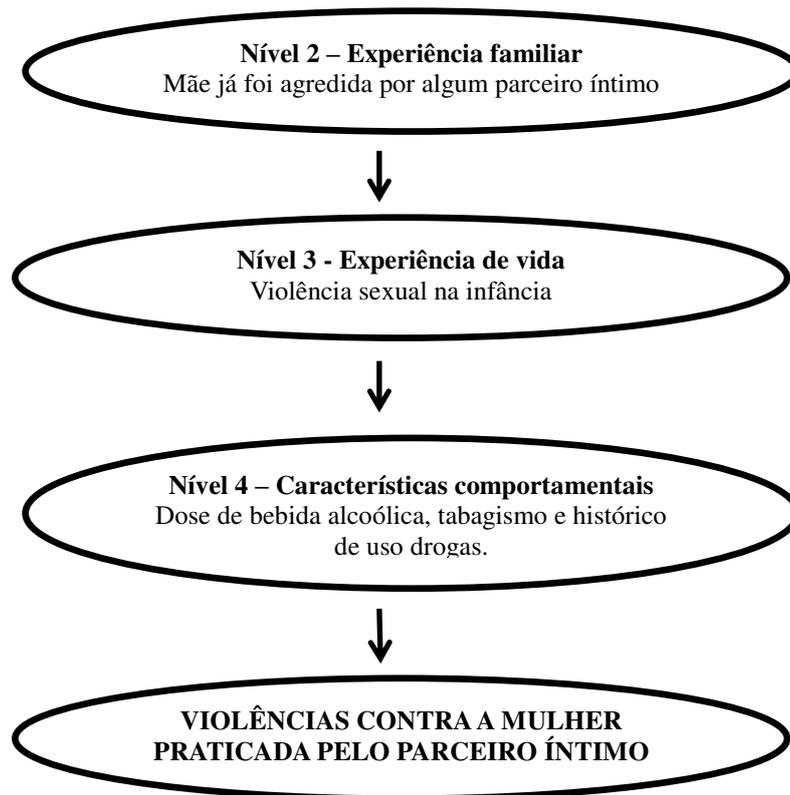
O segundo instrumento aplicado foi a versão reduzida do questionário da Organização Mundial da Saúde (OMS), intitulado “World Health Organization Violence Against Women”, (WHO VAW STUDY)¹⁰, validado para uso no Brasil, que contém 13 questões que determinam os desfechos em estudos: violências psicológica, física e sexual cometida pelo parceiro íntimo ao longo da vida. As violências foram consideradas presentes quando a mulher respondeu sim a um dos itens do instrumento. Vale destacar que ao final da entrevista todas as participantes recebiam um folder contendo os principais serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e, se necessário, eram realizados encaminhamentos ao núcleo de atendimento às vítimas do município de Vitória.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados usando o pacote estatístico Stata 13.0. Para a análise bivariada, que investigou a associação entre os desfechos e as exposições em estudo foi feita através do teste qui-quadrado ou exato de Fisher conforme pressupostos. A análise multivariada foi avaliada por meio da Regressão de Poisson, com variância robusta, bruta e ajustada para controle dos fatores de confusão segundo modelo hierárquico (Figura 1). Para a entrada no modelo não foi determinado um valor de p, para não excluir possíveis fatores de confusão; já a permanência no modelo foi determinada pelo valor de $p < 0,05$.

Figura 1. Modelo hierárquico das relações entre os fatores de risco para o desfecho das Violências Contra a Mulher praticada pelo parceiro íntimo.





Fonte: a autora.

Resultados

A pesquisa revela que, entre as 991 mulheres entrevistadas, houve predomínio, ao longo da vida, da violência psicológica com prevalência de 57,6% (IC95%: 54,6–60,7). A violência física foi a segunda mais prevalente, com 39,3% (IC95% 36,2–42,3). A violência com menor prevalência foi a sexual, com 18,0% (IC95% 15,7–20,5). (Dados não apresentados em Tabela). Os dados de caracterização socioeconômica, comportamentais, experiência familiar e vida de violência podem ser observados em outro manuscrito⁹.

Ao avaliar as prevalências das violências de acordo com as características em estudo (Tabela 1), nota-se maiores prevalências de abuso psicológico, físico e sexual cometido pelo parceiro, na vida, entre mulheres com até oito anos de estudos, pertencentes ao grupo de menor renda, divorciadas/separadas, cuja mãe sofreu violência por parceiro íntimo, fumantes e com histórico de uso de drogas. Mulheres evangélicas apresentaram maiores frequências de violência física e sexual, enquanto aquelas com história de violência sexual na infância tiveram maior ocorrência de abuso psicológico e sexual cometido pelo parceiro ao longo da

vida. Além disso, mulheres que ao beber ingerem mais de oito doses de bebida alcoólica estão entre o grupo com mais prevalência das violências psicológica e física ($p < 0,05$).

Tabela 1 Prevalência das violências contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo, ao longo da vida, de acordo com as características socioeconômicas, comportamentais, experiência familiar e de vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográficas	Violência Psicológica		Violência física		Violência Sexual	
	P (IC 95%)	Valor de p	P (IC 95%)	Valor de p	P (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)						
20-29	54,4 (48,6-60,1)		40,4 (34,4-45,8)		15,4 (11,7-20,1)	
30-39	57,8 (52,2-63,2)	0,529	36,6 (31,4-42,1)	0,612	15,0 (11,4-19,5)	
40-49	58,7(52,1-64,9)		42,2 (35,9-48,8)		22,7 (17,6-28,6)	
50-59	61,1 (53,4-68,1)		38,8 (31,9-46,3)		21,1 (15,7-27,8)	
Cor da pele*						
Branca	51,1(44,4-57,8)		32,5 (26,6-39,1)		18,6 (13,9-24,4)	
Parda	58,2 (53,9-62,4)	0,086	40,5 (36,3-44,9)	0,038	17,3 (14,2-20,9)	0,910
Preta	61,09 (54,7-67,1)		43,9 (37,7-50,3)		18,0 (13,6-23,4)	
Escolaridade (anos de estudo)						
0-8	67,0 (61,4-72,1)	0,000	51,1 (45,5-56,8)	0,000	25,1 (20,5-30,3)	0,000
9 ou mais	53,5 (49,7-57,2)		34,0 (30,5-37,6)		14,8 (12,3-17,7)	
Renda familiar (em tercil)						
>= 1500	65,6 (60,4-70,4)		48,7 (43,4-54,0)		13,9 (10,6-18,1)	
1501-2924	55,0 (49,5-60,4)	0,001**	42,1 (36,8-47,6)	0,000**	21,6 (17,5-26,6)	0,036
< 2925	51,8 (46,4-57,2)		26,7 (22,1-31,7)		18,4 (14,6-22,8)	
Situação conjugal						
Casada	48,2 (43,5-52,9)	0,000	27,2 (23,2-31,5)	0,000	14,6 (11,6-18,2)	0,027
União consensual	63,1 (57,4-68,4)		47,1 (41,4-52,8)		19,3 (15,2-24,2)	
Solteira	66,0 (59,7-71,7)		49,2 (42,8-55,5)		21,0 (16,3-26,7)	
Divorciada/ separada	85,0 (61,6-95,2)		70,0 (46,7-86,2)		35,0 (17,3-58,1)	
Católica						
Sim	55,6 (50,1-60,3)	0,273	38,9 (34,3-43,7)	0,846	17,2 (13,9-21,1)	0,585
Não	59,1 (55,0-63,0)		39,5 (35,6-43,6)		18,5 (15,5-21,9)	
Evangélica						
Sim	60,2 (55,8-64,5)	0,110	42,7 (38,3-47,2)	0,031	20,6 (17,2-24,5)	0,034
Não	55,2 (50,1-64,5)		36,0 (32,0-40,3)		15,5 (12,6-18,9)	
Experiências familiar e de vida						
Mãe já apanhou de algum parceiro***						
Sim	66,8 (61,4-71,8)	0,000	48,2 (42,7-53,8)	0,000	22,7 (18,4-27,7)	0,003
Não	51,6 (47,6-55,7)		32,8 (29,1-36,7)		14,7 (12,0-17,8)	
Violência sexual na infância						
Sim	71,9 (63,2-79,2)	0,001	57,0 (48,9-65,6)	0,100	37,2(29,0-46,2)	0,000
Não	55,6 (52,3-58,9)		36,8 (33,6-40,0)		15,3 (13,0-17,8)	
Características comportamentais						
Dose de bebida alcoólica						
Nenhuma	57,3 (53,5-61,1)	0,016	37,2 (33,6-41,0)	0,001	20,3 (17,3-23,5)	0,056
<=2	48,2 (40,1-56,5)		35,5 (28,0-43,7)		11,4 (7,1-17,8)	
2,1-8,0	62,9 (54,7-70,5)		42,0 (34,1-50,2)		14,7 (9,8-21,5)	
>8,0	69,2 (56,9-79,3)		61,5 (49,1-72,6)		16,9 (9,6-28,2)	
Fumante						
Sim	77,1 (68,2-84,0)	0,000	65,1 (55,7-73,5)	0,000	24,8 (17,5-33,8)	0,050
Não	55,2 (51,9-58,5)		36,1 (32,9-39,3)		17,1 (14,8-19,7)	
Histórico de uso drogas						
Sim	85,8 (77,8-91,3)	0,000	73,6 (64,3-81,1)	0,000	34,9 (26,4-44,5)	0,000
Não	54,2 (50,9-57,5)		35,1 (32,0-38,3)		15,9 (13,7-18,5)	

*n=957; **Qui-quadrado de tendência linear; ***n=898.

A Tabela 2 apresenta a análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis socioeconômica, comportamentais e experiência familiar e de vida sobre a violência psicológica praticada pelo parceiro ao longo da vida. Nota-se, após ajuste, que a violência psicológica manteve-se associada à escolaridade, situação conjugal, religião evangélica, histórico materno de VPI, violência sexual na infância, tabagismo e uso de drogas. Mulheres com até oito anos de estudos, cuja mãe sofreu algum tipo de violência por parceiro íntimo, que foram abusadas sexualmente na infância ou são fumantes apresentam cerca de 20% mais frequência de abuso psicológico pelo parceiro, ao longo da vida, quando comparadas àquelas com maior escolaridade, sem histórico materno e pessoal de violência e não tabagistas. Do mesmo modo, a prevalência desse agravo foi 70% maior entre as mulheres separadas ou divorciadas quando comparadas às mulheres casadas. Mulheres que já usaram drogas têm 1,37 vezes mais ocorrência de violência psicológica comparadas àquelas que nunca utilizaram. Observa-se ainda que ser da religião evangélica aumentou em 12% a prevalência da violência psicológica (Tabela 2).

Tabela 2 Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis socioeconômica, comportamentais e experiência familiar e de vida sobre a violência psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo ao longo da vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográficas	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
20-29	1,0		1,0	
30-39	1,06 (0,92-1,23)	0,532	1,09 (0,95-1,25)	0,178
40-49	1,08 (0,93-1,26)		1,09 (0,94-1,27)	
50-59	1,12 (0,96-1,31)		1,21 (1,02-1,42)	
Cor*				
Branca	1,0		1,0	
Parda	1,19 (1,01-1,40)	0,103	1,11 (0,94-1,31)	0,446
Preta	1,14 (0,98-1,32)		1,04 (0,90-1,22)	
Escolaridade (em anos de estudo)				
0-8	1,49 (1,22-1,83)	0,000	1,23 (1,10-1,36)	0,000
9-11	1,0		1,0	
Renda familiar (em reais)				
>= 1500	1,27 (1,11-1,44)	0,000	1,09 (0,95-1,25)	0,191
1501-2924	1,06 (0,92-1,23)		0,98 (0,84-1,13)	
< 2925	1,0		1,0	
Situação conjugal				
Casada	1,0	0,000	1,0	0,000
União consensual	1,31 (1,15-1,49)		1,30 (1,14-1,48)	
Solteira	1,37 (1,20-1,56)		1,41 (1,24-1,61)	
Divorciada ou separada	1,76 (1,43-2,17)		1,70 (1,37-2,10)	
Católica				
Sim	0,94 (0,84-1,05)	0,277	0,93 (0,82-1,05)	0,265
Não	1,0		1,0	
Evangélica				
Sim	1,09 (0,98-1,21)	0,110	1,12 (1,01-1,24)	0,041
Não	1,0		1,0	
Experiências familiar e de vida				
Mãe já apanhou de algum parceiro***				
Sim	1,29 (1,16-1,44)	0,000	1,21 (1,09-1,36)	0,001
Não	1,0		1,0	
Violência sexual na infância				

Sim	1,29 (1,14-1,47)	0,000	1,23 (1,07-1,41)	0,004
Não	1,0		1,0	
Características comportamentais				
Dose de bebida alcoólica				
Nenhuma	1,0	0,013	1,0	0,114
<=2	0,84 (0,70-1,01)		0,85(0,69-1,04)	
2,1-8,0	1,10 (0,95-1,27)		1,10 (0,95-1,28)	
>8,0	1,21 (1,01-1,44)		0,95 (0,79-1,14)	
Fumante				
Sim	1,40 (1,24-1,57)	0,000	1,20 (1,06-1,36)	0,005
Não	1,0		1,0	
Histórico de uso drogas				
Sim	1,58 (1,43-1,74)	0,000	1,37 (1,21-1,55)	0,000
Não	1,0		1,0	

*n=957; ***n=898.

Após ajustes para os fatores de confusão, verifica-se que a violência física perpetrada pelo parceiro, na vida, foi quase 2,27 vezes mais prevalente em mulheres divorciadas e separadas, quando comparadas àquelas casadas. Quanto à renda familiar e à escolaridade, observa-se um aumento desse tipo de abuso em 41% entre as mulheres do grupo de menor renda (menor ou igual a R\$1500,00/mês), quando comparadas ao de maior (maior que R\$ 2925,00/mês), e de 33% entre aquelas com menor escolaridade (até oito anos de estudo). Mulheres que fumam e com histórico de uso de drogas estão entre os grupos com maior prevalência de violência física, respectivamente: 34% e 64% quando comparadas àquelas que não relataram tais comportamentos. Quanto à experiência familiar e de vida, constata-se que, entre aquelas cuja mãe já apanhou do parceiro, há um aumento em 27%. Já entre as que têm história de violência sexual na infância, a prevalência de violência física é 45% maior comparado a quem não sofreu esse abuso na infância (Tabela 3).

Tabela 3 Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis socioeconômica, comportamentais, experiência familiar e de vida sobre a violência física perpetrada pelo parceiro íntimo ao longo da vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográficas	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
20-29	1,0		1,0	
30-39	0,91 (0,75-1,12)	0,613	0,95 (0,78-1,15)	0,416
40-49	1,06 (0,86-1,30)		1,07 (0,87-1,32)	
50-59	0,97 (0,77-1,23)		1,14 (0,89-1,45)	
Cor*				
Branca	1,0		1,0	
Parda	1,35 (1,06-1,71)	0,047	1,03 (0,82-1,28)	0,430
Preta	1,25 (1,00-1,56)		1,14 (0,89-1,45)	
Escolaridade (em anos de estudo)				
0-8	1,62 (1,35-1,95)	0,000	1,34 (1,15-1,56)	0,000
9 ou mais	1,0		1,0	
Renda familiar (em reais)				
>= 1500	1,82 (1,48-2,25)	0,000	1,41 (1,13-1,76)	0,005
1501-2924	1,58 (1,27-1,97)		1,38 (1,10-1,72)	
< 2925	1,0		1,0	
Situação conjugal				
Casada	1,0		1,0	
União consensual	1,73 (1,43-2,10)	0,000	1,61 (1,32-1,97)	0,000
Solteira	1,81 (1,48-2,21)		1,83 (1,50-2,24)	
Divorciada ou separada	2,58 (1,86-3,57)		2,27 (1,64-3,15)	
Católica				
Sim	0,98 (0,84-1,15)	0,847	1,02 (0,86-1,22)	0,802

Não	1,0		1,0	
Evangélica				
Sim	1,19 (1,01-1,39)	0,031	1,20 (1,03-1,40)	0,022
Não	1,0		1,0	
Experiências familiar e de vida				
Mãe já apanhou de algum parceiro***				
Sim	1,47 (1,25-1,73)	0,000	1,27 (1,08-1,49)	0,003
Não	1,0		1,0	
Violência sexual na infância				
Sim	1,55 (1,30-1,85)	0,000	1,45 (1,18-1,77)	0,000
Não	1,0		1,0	
Características comportamentais				
Dose de bebida alcoólica				
Nenhuma	1,0	0,000	1,0	0,463
<=2	0,95 (0,75-1,22)		1,03 (0,79-1,35)	
2,1-8,0	1,13 (0,91-1,40)		1,19 (0,96-1,47)	
>8,0	1,65 (1,33-2,05)		1,05 (0,81-1,36)	
Fumante				
Sim	1,81 (1,53-2,13)	0,000	1,34 (1,11-1,62)	0,002
Não	1,0		1,0	
Histórico de uso drogas				
Sim	2,09 (1,81-2,42)	0,000	1,64 (1,35-1,99)	0,000
Não	1,0		1,0	

*n=957; ***n=898.

Na Tabela 4, observa-se a análise bruta e ajustada para violência sexual por parceiro íntimo ao longo da vida. Consta-se, após o ajuste, entre as divorciadas ou separadas, uma prevalência 2,18 vezes maior dessa violência, se comparadas às mulheres casadas. Aquelas com até oito anos de escolaridade têm 63% mais ocorrência de abuso sexual em comparação às de escolaridade maior. A violência sexual foi ainda duas vezes mais prevalente em mulheres que sofreram abuso sexual na infância e já utilizaram drogas, quando comparadas com aquelas que negaram esses fatos. Outro ponto a destacar é o aumento em 33% do abuso sexual por parceiro íntimo, na vida, em mulheres da religião evangélica, comparadas às que não pertencem a esse grupo. Houve maior prevalência da violência sexual entre aquelas cuja mãe apanhou do parceiro íntimo (RP:1,37, IC95%:1,03-1,84).

Tabela 4 Análise bruta e ajustada dos efeitos das variáveis socioeconômica, comportamentais, experiência familiar e de vida sobre a violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo ao longo da vida. Vitória, Espírito Santo, Brasil. Março a setembro, 2014.

Características sociodemográficas	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP bruta (IC 95%)	Valor de p	RP ajustada (IC 95%)	Valor de p
Idade (anos)				
20-29	1,0	0,055	1,0	0,111
30-39	0,97 (0,66-1,42)		0,97 (0,66-1,42)	
40-49	1,47 (1,02-2,11)		1,37 (0,94-2,01)	
50-59	1,37 (0,92-2,03)		1,43 (0,94-2,17)	
Cor*				
Branca	1,0		1,0	0,485
Parda	0,97 (0,65-1,43)	0,910	0,89 (0,60-1,33)	
Preta	0,93 (0,66-1,30)		0,81 (0,58-1,14)	
Escolaridade (em anos de estudo)				
0-8	1,53 (1,22-1,83)	0,000	1,63 (1,24-2,14)	0,001
9 ou mais	1,0		1,0	
Renda familiar (tercis)				
>= 1500	1,56 (1,11-2,19)	0,039	1,30 (0,92-1,86)	0,106
1501-2924	1,32 (0,93-1,87)		0,97 (0,67-1,41)	
< 2925	1,0		1,0	
Situação conjugal				
Casada	1,0		1,0	
União consensual	1,32 (0,96-1,83)	0,021	1,31 (0,94-1,82)	0,015
Solteira	1,44 (1,03-2,01)		1,55 (0,38-1,68)	
Divorciada ou separada	2,40 (1,26-4,54)		2,18 (1,17-4,08)	

Católica				
Sim	0,93 (0,71-1,22)	0,586	0,94 (0,67-1,31)	0,717
Não	1,0		1,0	
Evangélica				
Sim	1,33 (1,02-1,74)	0,035	1,33 (1,01-1,74)	0,042
Não	1,0		1,0	
Experiências familiar e de vida				
Mãe já apanhou de algum parceiro ***				
Sim	1,54 (1,16-2,05)	0,003	1,37 (1,03-1,84)	0,028
Não	1,0		1,0	
Violência sexual na infância				
Sim	2,43 (1,83-3,21)	0,000	2,08 (1,50-2,88)	0,000
Não	1,0		1,0	
Características comportamentais				
Dose de bebida alcoólica				
Nenhuma	1,0	0,070	1,0	0,081
<=2	0,56 (0,34-0,91)		0,91 (0,41-1,15)	
2,1-8,0	0,73 (0,47-1,11)		0,70 (0,45-1,08)	
>8,0	0,83 (0,48-1,46)		0,59 (0,33-1,04)	
Fumante				
Sim	1,45 (1,01-2,07)	0,043	1,24 (0,83-1,89)	0,292
Não	1,0		1,0	
Histórico de uso de drogas				
Sim	2,19 (1,62-2,96)	0,000	2,06 (1,46-2,91)	0,000
Não	1,0		1,0	

*n=957; ***n=898.

Discussão

A presente pesquisa revela elevadas prevalências de violência por parceiro íntimo, ao longo da vida, entre usuárias de atenção primária à saúde no município de Vitória, sendo a violência psicológica a mais prevalente (P=57,6% IC95%: 54,6–60,7), confirmando os achados em outros estudos onde o evento foi também mais frequente¹¹. Para alguns autores, esse tipo de violência talvez seja mais facilmente compartilhado devido a fatores que podem envolver o medo de mais agressões ou vergonha de falar sobre abusos ocorridos na relação⁶. É importante destacar a relevância de se analisar a ocorrência da violência psicológica e as formas de preveni-la, visto ser considerada o ponto inicial que deflagra todas as outras formas de violência¹².

O segundo tipo de abuso mais evidenciado foi a violência física (P=39,3%; IC95% 36,2–42,3), com prevalência semelhante a outros estudos nacionais¹³, e, ainda que a frequência de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo na vida tenha sido a mais baixa entre as violências pesquisadas (P=18,0% (IC95% 15,7–20,5), esta se apresentou acima das prevalência revelada por outro estudo realizado no Brasil 13,6%¹¹. Acredita-se que vários fatores contribuam para que a violência sexual dentro de relações de parcerias estáveis seja de difícil reconhecimento e delimitação. Entre eles, o fato da mulher não entender o sexo forçado como violência, caso ela esteja casada ou viva com o agressor. Além disso, em alguns países,

apesar de já se ter reconhecido o estupro, no matrimônio, como crime; em outros, o esposo ainda tem o direito legal de acesso sexual ilimitado à esposa¹².

O estudo identificou a associação das violências com as variáveis socioeconômicas. O menor nível de escolaridade esteve associado à maiores prevalências de violência, corroborando outros estudos^{9,14}. Acredita-se que o esclarecimento da mulher leva a menor tolerância à violência. Quanto mais a mulher se qualifica, mais chance tem de encontrar trabalho remunerado, melhorando assim a autoestima e a independência¹⁵. Sugere-se ainda que mulheres com níveis educacionais mais altos teriam mais recursos para alcançar maior autonomia e poderiam ter mais habilidades para reconhecer e romper com relacionamentos abusivos¹³.

Evidenciou-se ainda, a associação da violência física ao longo da vida com os níveis de renda mais baixos. Autores afirmam que as más condições socioeconômicas constituem risco para violência por parceiro íntimo, ainda que de forma moderada ou não linear^{16,17}. Sugere-se que o estresse relacionado às más condições de vida e à não garantia de acesso a bens e serviços constituiria à base dessa associação, e culminaria em dimensões relativas ao gênero¹⁸.

No presente estudo, a renda não apresentou relação com as violências psicológica e sexual, todavia, vale mencionar que apesar desses agravos atingirem a todos os grupos socioeconômicos, mulheres em situação de pobreza são afetadas desproporcionalmente¹⁹. Desse modo, é provável que a pobreza funcione como “marcador” para uma variedade de condições sociais que se combinam para aumentar os riscos enfrentados pelas mulheres⁶. Assim, níveis mais altos de escolaridade e salários têm sido identificados como fatores de proteção contra o risco e a consumação/perpetração da violência doméstica.^{20,21}

Em consonância com a literatura¹³, o estudo também revelou alta prevalência de violência em mulheres separadas e divorciadas, sugerindo que muitas mulheres conseguem se libertar da situação de violência, rompendo o estereótipo de que a violência por parceiro íntimo é uma situação irremediavelmente crônica.

A condição referida “mãe vítima de violência por parceiro íntimo”, demonstrou associação com a violência. A literatura aponta que um ambiente familiar com histórico de violência presenciada ou sofrida na infância, pode desencadear um espaço para o comportamento violento. Além disso, pode sugerir uma vulnerabilidade do gênero, altamente relacionada com

a violência sofrida na vida adulta. Dessa maneira, sugere-se que padrões de violência na família podem se reproduzir através de gerações²².

As mulheres fumantes e aquelas com histórico de uso de drogas apresentaram maiores prevalências de violências física e psicológica ao longo da vida. Já a violência sexual revelou associação somente com o uso de drogas. A literatura confirma os comportamentos de alto risco, como tabagismo, uso nocivo de álcool e drogas significativamente mais frequentes entre as vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo⁶.

Enquanto outro estudo¹³ aponta não haver associação entre a religião e violência, a presente pesquisa revela que as violências psicológica, física e sexual apresentaram associação significativa com a religião evangélica, achado que se assemelha ao pontuado em recente revisão sistemática que mostra que a violência doméstica está associada à religião²³. Nesse sentido, a literatura sugere a busca pela religião como uma forma de suportar ou superar a violência vivida²⁴.

Ainda, vale refletir que o enfrentamento da violência, ou seja, o ato de denunciar ou decidir romper com o silêncio diante da situação de violência apresenta aspectos facilitadores e dificultadores. Atitudes pessoais, como sentimentos de exaustão, revolta e consciência do potencial risco de vida estão entre os aspectos facilitadores, já os fatores dificultadores, incluem o medo, a culpa e a vergonha, bem como, entraves de âmbito familiar, material e institucional²⁵. Nesse contexto, é necessária a alocação adequada de recursos humanos para a expansão dos centros de atenção às vítimas de violência, considerando a violência contra a mulher um importante problema de saúde pública²⁶.

Limitações do estudo

Algumas limitações podem ser destacadas no estudo: o fato de ter sido realizado nos serviços de saúde, de certo modo, poderia inibir a participação de mulheres em situação de violência, por não frequentarem o serviço, todavia elevadas prevalências das violências foram evidenciadas, de modo que, caso tenha sido subestimada, maiores forças de associação seriam encontradas. Além disso, o delineamento transversal impede assegurar a relação de causa e efeito entre as variáveis. Entretanto, as fortes associações demonstram a importância de

estabelecer medidas de intervenções em relação às exposições que desencadeiam maior ocorrência de vitimização.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O presente estudo é de grande relevância para a saúde pública, uma vez que sinaliza a magnitude da prevalência de violência ao longo da vida entre as usuárias da atenção primária. Desse modo, os profissionais de saúde têm papel fundamental não apenas no reconhecimento dos casos de violência de gênero, que são traduzidos em demandas por cuidados de saúde, mas também no enfrentamento do problema e ruptura do ciclo. Infelizmente, a falta de capacitação culmina na dificuldade em se exercer uma atuação multidisciplinar efetiva e no reconhecimento de que a violência doméstica é um problema de interesse epidemiológico e social²⁷. Nesse sentido, cabe destacar a importância da qualificação dos profissionais para lidarem com esse agravo, e, assim promover um cuidado integral e holístico à mulher. Por fim, acredita-se que o estudo possa servir como embasamento para a elaboração de tecnologias de cuidados específicas às mulheres em situação de violência nos serviços de atenção primária.

Conclusão

O presente estudo atendeu ao objetivo proposto e evidenciou as elevadas prevalências de violência por parceiro íntimo, praticadas ao longo da vida, entre as usuárias da atenção primária do município de Vitória, e a associação das violências psicológica, física e sexual com as condições sociodemográficas, comportamentais e experiências pessoal e materna de violência.

Por fim, compreende-se que esta pesquisa traz importantes contribuições à área da saúde pública e da enfermagem, indicando novos olhares e caminhos para o cuidado às mulheres em situação de violência. Diante da magnitude do problema revelado, confirma-se a necessidade da implantação de instrumentos sensíveis à detecção e à abordagem da violência no cotidiano dos serviços de atenção primária, promovendo, assim, maior visibilidade à violência contra a mulher, bem como a promoção de um cuidado qualificado, que atenda essas vítimas de forma integralizada.

Fonte de Fomento

Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES), Edital FAPES/CNPq n.012/2012, de acordo com o Processo n. 60530812.

Referências

1 Garcia LP, Freitas LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 04]; 22(3):383-94. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a03.pdf>

2 Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc Estado* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 12]; 29(2): 449-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf>

3 World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.

4 Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermitz AB, et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2007 [cited Nov 12, 2016] ;41(5):797–807. Available from: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014

5 Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 06]; 25: e2901. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100348&lng=en&tlng=en

6 World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization; 2010.

7 Oliveira EN, Jorge MSB. Violence against woman: psychic and mental illness. Northeast

Netw Nurs J [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 1]; 8(2):93-100. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol8n2_pdf/a12v08n2.pdf

8 Moreira TNF et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 16]; 23(3):814–27. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/en_0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf

9 Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2017 [cited 2017 Ago 22]; 51(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100223&lng=en&tlng=en

10 Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saúde Publ* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 12]; 44(4):658–66. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/en_09.pdf

11 Barros EM, Falbo Neto GH, Lucena SG, Ponzo L, Pimentel AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 12]; 21(2):591–8. Available from: www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0591.pdf

12 Moreira KAP, Costa AM, Marques JF, Fernandes AFC, Henriques ACPT. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. *Rev Rene* [Internet]. 2011. [cited 2016 Nov 26]; 12(3):627-35; Available from: www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a25v12n3.pdf

13 Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Publ* [Internet]. 2011[cited 2016 Nov 06]; 45(4):730-7. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/download/33009/35649>

14 Silva JMM, Lima MC, Ludermir AB. Intimate partner violence and maternal educational practice. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 06]; 51(34). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006848.pdf>

- 15 Adeodato VG, Dos Reis Carvalho R, De Siqueira VR, De Matos FG, et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev. Saúde Públ [Internet]. 2005 [cited 2017 Mai 13] ;39(1): 108-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100014&lng=en
- 16 Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet: [Internet]. 2002 [cited 2017 Jul 11]; 359(9315):1423-9. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08357-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08357-5.pdf)
- 17 Kishor S, Johnson KS. Profiling domestic violence: a multi-country study. Caverton: ORC Macro [Internet]. 2004 [cited 2016 Nov 4]. Available from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/od31/od31.pdf>
- 18 Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren GB. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse. Acta Obstet Gynecol Scand. [Internet].2004 [cited 2016 Dez 12] ;83(3):276-88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14995925>
- 19 Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Sexual violence. In: Krug EG et al. World report on violence and health[Internet]. 2002 [cited 2016 Nov 02]:149–181. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- 20 Ansara DL, Hindin MJ. Perpetration of intimate partner aggression by men and women in the Philippines: prevalence and associated factors. J Interpers Violence [Internet].2009 [cited 2016 Dez 12]; 24(9):1579-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18768743>
- 21 Babu BV, Kar SK. Domestic violence in Eastern India: factors associated with victimization and perpetration. Public Health [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 12]; 124(3):136-48. Available from: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(10\)00018-1/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(10)00018-1/pdf)
- 22 Zancan N, Wassermann V, Lima GQ. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. Pensando Fam [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 12]; 17(1):63–76.

Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n1/v17n1a07.pdf>

23 Agumasie S, Bezatu M. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. *Reprod Health* [Internet]. 2015 [cited 2017 Ago 11]; (12)78:1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553009/>

24 Vil S, MN, Sabri B, Nwokolo V, Alexander KA, Campbell JC. A Qualitative Study of Survival Strategies Used by Low-Income Black Women Who Experience Intimate Partner Violence. *Soc Work* [Internet]. 2017 [cited 2017 Ago 11]; 62(1):63–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5391770/pdf/nihms845379.pdf>

25 Leite FMC, Moura MAV, Penna LHG. Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. *Av Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 15]; 31(2):136-43. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a14.pdf>

26 Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Avila S, et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 06]; 19(4): 740-752. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400740&lng=en

27 Santos AC, Santos MLM, Nascimento DDG. Violência intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saúde pública. *Saúde Em Redes* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 06]; 1(2):21–30. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/download/589/38>

5.2 PRODUTO

Título: “Dialogando sobre a Violência Contra a Mulher”

Equipe técnica: Enf^a. Ione Barbosa dos Santos, Prof^a. Dr^a. Franciele Marabotti Costa Leite

Tecnologia educacional em formato de álbum seriado, abordando os tipos de violência contra a mulher, os impactos desse agravo à saúde da mulher e à família e as redes de enfrentamento existentes no município de Vitória.

5.2.1 Introdução

A literatura aponta que mulheres que vivenciam violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicas e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência (CAMPBELL, 2002). Nesse sentido, considerando as prevalências da violência contra a mulher, e os impactos deste agravo para a saúde, verifica-se a necessidade de instrumentos para se trabalhar essa temática junto aos serviços de saúde.

Dessa maneira, a elaboração e implementação de tecnologias específicas para a promoção da ruptura, a prevenção desse agravo e a elaboração de ações de cuidados às mulheres em situação de violência (D'OLIVEIRA et al., 2009b), torna-se primordial na atenção primária. Esse espaço de cuidado é um ambiente propício e oportuno para abordagem da violência junto às usuárias, por favorecer a discussão do tema seja por meio de grupos de educação em saúde ou demais atividades. Tal abordagem se configura como uma das estratégias de enfrentamento a violência contra a mulher.

5.2.2 Apresentação

Nesse sentido elaborou-se uma tecnologia educacional em formato de álbum seriado, com forma de divulgação impressa, objetivando a abordagem da violência contra a mulher, no que tange ao conceito, tipologia, impactos na saúde da mulher e família, e, divulgação dos equipamentos disponíveis no município, que integram a rede de apoio às mulheres em situação de violência.

Por ser um recurso que contém figuras, e textos, o álbum é considerado uma metodologia participativa, que facilita a sistematização da ação educativa, a organização conceitual, o diálogo e a interação entre profissionais e população (MARCIANO et al., 2008).

Vale lembrar que a confecção do álbum passou pelas seguintes etapas: seleção do texto, seleção das ilustrações; confecção do modelo inicial; avaliação do modelo inicial pelos integrantes do LAVISA e aprovação da versão final.

Acredita-se que esta ferramenta possa ser utilizada pelo enfermeiro e demais integrantes das equipes de saúde da família, em grupos de educação em saúde, fomentando a discussão e a elaboração de estratégias para o enfrentamento da violência contra a mulher.

<p>DIALOGANDO SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER</p> 	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO</p> <p>COLABORAÇÃO UFES, PPGEnf Prefeitura Municipal de Vitória Laboratório de estudos sobre violência, saúde e acidentes - LAVISA</p> <p>REVISÃO Ione Barbosa dos Santos Franciele Marabotti Costa Leite</p> <p>AUTORES Ione Barbosa dos Santos Franciele Marabotti Costa Leite</p> <p>CAPA, ILUSTRAÇÃO E EDIÇÃO ELETRÔNICA Aline Ferreira Montebeller</p>	<p>VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER</p> <p>"Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado" (BRASIL, 1996).</p> <p>Esse fenômeno atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade e raças (BRASIL, 2011). Pode ocorrer em diversos espaços: domicílio, comunidade, locais públicos e/ou no trabalho (BRASIL, 1996).</p> <p>A violência doméstica é muito comum, e, consiste na violência perpetrada na unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a agredida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).</p> <p>Segundo a Lei Maria da Penha são formas de violência: a violência física, sexual, psicológica, patrimonial e moral.</p>	
<p>VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA</p> <p>Qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher 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, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2006).</p>		<p>VIOLÊNCIA FÍSICA</p> <p>Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher (BRASIL, 2006).</p>	
<p>VIOLÊNCIA SEXUAL</p> <p>Entendida como qualquer conduta que obrigue a mulher presenciar, manter ou 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 (BRASIL, 2006). Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyeurismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer (TAQUETTE, 2007).</p>		<p>VIOLÊNCIA PATRIMONIAL</p> <p>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 (BRASIL, 2006).</p>	
<p>VIOLÊNCIA MORAL</p> <p>Entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).</p>		<p>IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DA MULHER</p> <p>SAÚDE MENTAL</p> <p>1 - Insegurança, stress, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, dificuldades com novos relacionamentos e distúrbios do sono (D'OLIVEIRA et al, 2009; SILVA et al, 2015);</p> <p>2 - Perdas potenciais; implicações na qualidade de vida com repercussões no desenvolvimento pessoal, social e econômico (OLIVEIRA; JORGE, 2012).</p>	

<p>SAÚDE FÍSICA</p> <p>1 - Traumatismos ósseo e muscular, especialmente neurológicos, causados por pancadas na cabeça, quedas e empurres; hematomas, ferimentos, cicatrizes por queimaduras, mordidas, dor de cabeça crônica, aumento de risco para doenças crônicas, asma, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias, abortos espontâneos, partos prematuros, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica, alterações menstruais, distúrbios gastrointestinais (CRUZ, 2001).</p> <p>2 - Desconfortos na coluna cervical, náuseas frequentes, tonturas e picos hipertensivos, síndrome do intestino irritável;</p> <p>3 - Perda de um ano de vida saudável, a cada cinco anos de submissão às agressões (OLIVEIRA; JORGE, 2012).</p>		<p>IMPACTOS DA VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA</p> <p>1 - A violência por parceiro íntimo (VPI) afeta a capacidade de cuidado materno e tem efeitos negativos na saúde mental das crianças (LEVENDOSKY; GRAHAM-BERMANN, 2001; DURAND et al., 2011). A exposição da criança, de forma direta ou indireta, à violência representa um risco para o desenvolvimento de problemas emocionais, escolares e de comportamento (ROSSMAN; HUGHES; ROSENBERG, 1999; LEVENDOSKY et al., 2002).</p> <p>2 - A irritação, imprevisibilidade e tristeza materna prejudicam a qualidade da interação mãe e filho, bem como, a organização do ambiente familiar (DURAND et al., 2011).</p> <p>3 - A VPI está associada a sintomas de trauma na criança (GRAHAM-BERMANN; LEVENDOSKY, 1998; LEVENDOSKY et al., 2002; BOGAT et al., 2006), atraso na aprendizagem, sentimento de culpa, medo, baixa autoestima, depressão, desequilíbrios emocionais e comportamento delinquente, com alto custo individual e social (PITANGUY, 2013).</p>	
<p>LEGISLAÇÃO</p> <p>LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006 (LEI MARIA DA PENHA)</p> <p>Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.</p> <p>LEI Nº 13.104, DE 9 DE MARÇO DE 2015 (LEI DO FEMINICÍDIO)</p> <p>Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.</p>		<p>REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM VITÓRIA.</p> <p>ONDE PROCURAR AJUDA</p> <p>1 - Central de Atendimento à Mulher/Disque 180: serviço gratuito da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres que orienta as vítimas de violência doméstica. Funciona durante 24 horas, todos os dias.</p> <p>2 - Delegacia da Mulher Rua Cândido Portinari, s/n, Santa Luiza, Vitória/ES. Contatos: (27) 3137-9115 / 3380-2474</p> <p>3 - Centro de Atendimento às Vítimas de Violência e Discriminação de Vitória (CAVVID) / Centro de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CRAMSV) Av: Maruipé, nº 25-44, Casa do Cidadão, Itararé, Vitória/ES. Contatos: (27) 3382-5464 / 3382-5465</p> <p>4 - Promotoria de Justiça da Mulher Av: Maruipé, nº 2544, Casa do Cidadão, Bloco B, Itararé, Vitória/ES. Contato: (27) 3227-3000</p>	<p>5 - Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM): Av: Maruipé, nº 2.544, Casa do Cidadão, Bloco A, 2º Piso Itararé, Vitória/ES. Contato: (27) 3382-5516</p> <p>6 - Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (PAVIVIS): Av: Marechal Campos, 1355, HUCAM, Santa Cecília, Vitória/ES. Contatos: (27) 3335-7184 / 3335-7261</p> <p>7 - Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência de Vitória (SASVVI): Rodovia Serafim Derenz, 4570, Anero II, São José (Atrás da Policlínica), São Pedro, Vitória/ES. Contato: (27) 3332-3290</p>
<p>SUGESTÕES DE LEITURA</p> <p>BOGAT, G. A. et al. Trauma symptoms among infant exposed to intimate partner violence. <i>Child Abuse Negl.</i> 2006; 30(2):109-25. DOI:10.1016/j.chabu.2005.08.002.</p> <p>BRASIL. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir violência doméstica e familiar contra a mulher. <i>Diário Oficial da União</i>, Brasília, 08 ago. 2006.</p> <p>_____. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. <i>Diário Oficial da União</i>, Brasília, 10 mar. 2015.</p> <p>_____. Decreto Nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belem do Pará, em 9 de junho de 1994. <i>Diário Oficial da União</i>, Brasília, 02 ago. 1996.</p> <p>_____. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: PR, 2011.</p> <p>Cruz VC. Violência, subordinação y salud mental de las mujeres. <i>Cuad Mujer Salud</i> 2001; 6:140-2.</p>	<p>D'OLIVEIRA, A. F. R. L. et al. <i>Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde.</i> <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, Aug. 2009.</p> <p>DURAND, J. G. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. <i>Rev. Saúde Pública</i>, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 355-364, Apr. 2011.</p> <p>GRAHAM-BERMANN A.S.; LEVENDOSKY A.S. Traumatic stress symptoms in children of battered women. <i>J Interpers Violence</i>. 1998; 13(1): 111-28. DOI: 10.1177/088626098013001007.</p> <p>LEVENDOSKY A. A.; GRAHAM-BERMANN S. A. Parenting in Battered women: the effects of domestic violence on women and their children. <i>J Fam Violence</i>, 2001; 16(2): 171-92. DOI: 10.1023 / A: 101111003373.</p> <p>LEVENDOSKY A. A., et al. Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. <i>J Interpers Violence</i>. 2002; 17(2): 150-64. DOI: 10.1177/0886260502017002003.</p> <p>OLIVEIRA, E. N., JORGE, M. S. B. Violence against women: psychic and mental illness. <i>Northwest Network Nursing Journal</i>, v. 8, n. 2, 2012.</p> <p>PITANGUY J. Violência contra a Mulher: consequências socioeconômicas. <i>Cadernos Adenauer XIV</i> n. 3, 2013.</p>	<p>ROSSMAN B.B.; HUGHES H.M.; ROSENBERG M.S. Children and interparental violence: the impact of exposure. <i>Philadelphia Brunner/Mazel</i> 1999.</p> <p>SILVA, S. D. A. et al. Analysis of domestic violence on women's health. <i>Journal of Human Growth and Development</i>, v. 25, n. 2, p. 182, 20 out. 2015.</p> <p>TAQUETTE, S. R. (Org.) <i>Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência.</i> Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.</p>	

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou altas prevalências de VPI, ao longo da vida, entre as usuárias das unidades de saúde da AB do município de Vitória, Espírito Santo, e, que aspectos sociodemográficos, comportamentais e de história de vida podem favorecer maiores frequências desse agravo.

Vale refletir, que diariamente essas mulheres frequentam as unidades de saúde

sendo necessário, nos atendimentos de rotina à saúde da mulher, a implantação de instrumentos sensíveis à detecção da violência visando à promoção de um cuidado qualificado, a ruptura do ciclo de violência e o atendimento integral a essas usuárias.

Por fim, é importante ponderar que os profissionais dos serviços de saúde precisam compreender a violência contra a mulher como objeto de cuidado em saúde, que vai muito além dos cuidados referentes às consequências da violência, ou seja, o cuidado de cunho preventivo, com a aproximação da temática nas ações de educação em saúde, utilizando tecnologias educativas, como o álbum seriado, dando assim maior visibilidade ao problema, contribuindo na prevenção desse evento e no empoderamento das mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.G. **Protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero**. 2.ed. rev. Rio de Janeiro, BEMFAM, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProtocoloAtitude.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- ANDRADE, C.J.M. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
- ALVES E SOUZA, A. M.; FRAGA, M.N.O. Grupos: Breve história. *In* ALVES E SOUZA, A. M. [org.]. Coordenação de Grupos: Teoria e prática. Fortaleza: Expressão Gráfica Ed., 2011. p. 49.54.
- ARREDONDO-PROVECHO, A.B. et al. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. **Enferm. Clín.**, 18(4):175-82, 2008. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108721922>>. Acesso em: 15 jan. 2018.
- AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde Sociedade**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 101-112, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2016.
- BARALDI, A.C.P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jan. 2018.
- BARBOSA, L. N. et al. Prevalence of Educational Practices about Exclusive Breastfeeding in Cuiaba - MT. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150020>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- BARROS, E. N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 591-598, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413->. Acesso em 25 out. 2016.
- BATISTA, J.M.S. et al . O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-178, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452013000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.**— Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: 2005. Disponível em:< bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília.

_____. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres** Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: PR; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: PR; 2011a.

_____. **Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.** Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2011b.

_____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>5>. Acesso em: 12 jun. 2017.

BUTCHART, A. et al. World health organization; London school of hygiene and tropical medicine. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: global trends and determinants of prevalence, safety, and acceptability.** Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2016.

CAMPBELL, J. C. Health Consequences of Intimate Partner Violence. **Lancet (London, England)**, v. 359, n. 9314, p. 1331–1336, 13 abr. 2002.
CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de

profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2018.

CERQUEIRA, D. et al. Nota técnica nº 17: **Atlas da Violência 2016**. IPEA. Brasília, mar. 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/6529>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CH). Combater a desigualdade: objetivos de desenvolvimento do milênio 8,7,6,5,4,3,2,1. Genebra: 2013. Disponível em: <www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2013.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2018.

CORTES, L.F. et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Revista Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.36, p.77-84, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500077&lng=e&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2018.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163–1178, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 299–311, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000013&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 13 mai. 2016.

D'OLIVEIRA A. F. P.L; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med.** (São Paulo), 92(2):134-40, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/79953/83887>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

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. 1037–1050, 2009b. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011>. Acesso em: 13 mai. 2016.

EGRY, E.Y. Apresentação. In: _____. **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone, 2008. p. 9-10.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 2, p. 41–49, 2007. Disponível em: <

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027958006>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

GOMES, N. P. et al. Enfrentamento da violência conjugal no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 4, p. 477-481, 2014. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a07.pdf>. Acesso em: 13 Out. 2016.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2016.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 625-631, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 12 set. 2016.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 304-311, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200005&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 21 jul. 2017.

HANE, B.; ELLSBERG M. Violência contra as Mulheres: Efeitos sobre a Saúde Reprodutiva. **Outlook**. v. 20, n1, 2002. Disponível em: <https://www.path.org/publications/files/POL_20_1_nov02.pdf>. Acesso em: 05 out. 2016.

HEISE L, GARCIA-MORENO C. Intimate partner violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (editors). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

LEITE, F. M. C. **Violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e suas implicações na prevenção do câncer de colo do útero**. 2016. 196 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

LEITE, F. M. C. et al. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100223&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 22 jul. 2017.

LEITE, J.T. et al . Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, e55796, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-

14472016000200415&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2018.

LOBATO, G.R.; MORAES, C.L.; NASCIMENTO, M.C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-> Acesso em: 20 jan. 2018.

LUCHESI, B. M.; BERETTA, M. I. R.; DUPAS, G. Tratamento com fototerapia: a vivência das mães. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 1, n. 2, 21, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/331>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MACHADO, J. C. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 828-840, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300828&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MARCIANO, L. H. S. C. et al. Proposta pedagógica para aprimorar os conceitos básicos em hanseníase: álbum seriado como um recurso no processo de orientação. **Hansenologia Internationalis (Online)**, v. 33, n. 2, p. 17–24, 2008. Disponível em: <www.ils.br/revista/download.php?id=imageBank/1014-2960-1-PB.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.

MARTINS, M. C. et al. Segurança alimentar e uso de alimentos regionais: validação de um álbum seriado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1354-1361, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MONTEIRO, C.F.S.M. et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Escola Anna Nery**, 10: 273-80, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. 2018.

MOREIRA, K. A. P. et al. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 627-635, 2011. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a25v12n3.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

MOREIRA, M. F.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 814–827, 2014. Disponível em:

<www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568>. Acesso em: 29 out. 2017.

NARULA, A. AGARWAL, G., MCCARTHY, L. Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. **Fam. Pract.**, 29(5):593-600, 2012. Disponível em :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22327416>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

NIDADAVOLU V. Domestic Violence. In: **Reproductive Health Profile Domestic**, World Health Organization. Geneva, 2004.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2814/281421844009/>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OKABE, I.; FONSECA, R. M. G. S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 453-458, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2016.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violence against woman: psychic and mental illness. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 8, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/658>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington, DC(USA); 2002.

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

RAGO, M. et al. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

ROBINSON, R. Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. **J. Emergency Nurs.**, 36(6):572-6, 2010.

RODRIGUES, L. **Violência contra a mulher e políticas públicas**, 2012. Disponível em: <www.lindinalvarodrigues.com.br/materias.php?subcategoriald=3&id.>. Acesso em: 16 de out. 2014.

ROSA. D. O. A. et al. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. **Femina**, v. 41, n. 2, p. 81-87, 2013. Disponível em: <files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n2/a3793.pdf> Acesso em: 16 Jul. 2016.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. et al. How do primary health care professionals deal

with pregnant women who are victims of domestic violence. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, 22(3):448-53, 2014.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472–477, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300021&script=sci...tlng>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SANTOS, A. R. et al. Popular education as a participation tool and promoting citizenship in the family health strategy. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 10, n. 9, p. 3259–3264, 2016. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Sade Pública**, v. 44, n. 4, p. 658–666, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n4/09.pdf> DOI: 10.1590/S0034->. Acesso em: 13 jan. 2017.

SCHRAIBER, L.B. et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: UNESP, 2005.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 2, p. S263-S272, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2016.

SOUSA, M. F. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2017.

THIOLLENT, M. J. M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1988.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2017.

TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M.; SANTOS, J. M. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 326-334, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

TUFTS, K.A.; CLEMENTS, P.T.; KARLOWICZ, K.A. Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. **Nurse Educ. Today.**, 29(1):40-7, 2009.

UCHOA, A. C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família

(PSF): potencialidades e limites. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 299-311, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

VASCONCELOS, E. M. **A Saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VASCONCELLOS, H. S. R. A. Pesquisa-ação em projetos de educação ambiental. In: PEDRINI, A. G. (Org). **Educação ambiental: reflexões e práticas contemporâneas**. Petrópolis: Vozes, 1998.

VELZEBOER, M.; ELLSBERG, M.; CLAVEL-ARCAS, C. (ed.). **La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud**. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2003.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev Saude Publica**, p. 730–737, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2016.

VIEIRA, L.B. et al . Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p.678-685, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2018.

VITÓRIA. **Lei nº4405/97**, de 20 de março de 1997. Vitória, 1997. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=135751>>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. **Lei nº6. 224**, de 24 de novembro de 2004. Vitória, 2004. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=135751>>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. **Lei nº 6.448**, de 26 de outubro de 2005. Vitória, 2005. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=135751>>. Acesso em: 02 out. 2016.

_____. **Lei nº 8.376**, de 29 de novembro de 2012. Vitória, 2012. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/consulta.cfm?id=135751>>. Acesso em: 02 out. 2016.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2010**: anatomia dos homicídios no Brasil. 2010.

_____. **Mapa da Violência 2012**: Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.

_____. **Mapa da Violência 2015**: Homicídio de mulheres no Brasil. 1. ed. Brasília: FLACSO Brasil, 2015. Disponível em:< www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>. Acesso em: 06 set. 2016.

WESTPHAL M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G.W. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

WHO Global Consultation on Violence and Health. **Violence: a public health priority**. Geneva: World Health Organization; 1996.

WHO. **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.

ZAMBOM, A.A; ZANOTTI, D.C. CRUZ, H.C.F. Orientação de enfermagem na educação em saúde a gestantes com doença hipertensiva específica da gestação-dheg. 2009.72 f. Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem - Centro Universitário Católico Salesiano, 2009.

ANEXOS

ANEXO A

Distribuição da amostra de mulheres a serem entrevistadas segundo a Unidade de Saúde no município de Vitória-ES, 2014

Região	Unidade de Saúde	Total de mulheres na faixa etária de 20-59 anos	Amostra
I. Continental	Bairro República	3.858	46
	Jardim da Penha	12.189	146
II. Maruípe	Consolação	4.137	50
	Bairro da Penha	2.017	24
	Santa Marta	3.385	41
	Bomfim "Thomas Thomazi"	1.908	23
	Andorinhas	1.781	21
	Maruípe	3.144	38
	São Cristovão	3.814	46
	Itararé	2.874	34
III. Centro	Fonte grande	914	11
	Ilha do Príncipe	858	10
	Santa Tereza	1.303	16
	Morro do quadro	1.106	13
	US Vitória	4.148	50
IV. Santo Antônio	Grande Vitoria	3.805	46
	Alagoano	2.232	27
	Santo Antônio	4.580	55
V. São Pedro	Resistência	2.265	27
	Ilha das Caieiras	2.570	31
	Santo André	3.239	39
	Conquista/Nova Palestina	3.449	41
VI. Forte São João	Forte São João	2.469	30
	Jesus de Nazaré	1.132	14
	Praia do sua	3.211	38
	Santa Luiza	6.772	81
População Total		83.160	998

Fonte: a autora.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia/boa tarde, meu nome é _____ . Participo da realização de uma pesquisa para saber mais sobre a saúde das mulheres e suas experiências de vida, pela Universidade Federal do Espírito Santo, com apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Espírito Santo. Esta pesquisa faz parte do Doutorado, da pesquisadora Franciéle Marabotti Costa Leite aluna do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, sob a orientação da professora Dra. Denise Petrucci Gigante e coorientação da Dra. Maria Helena Costa Amorim, cujo objetivo é analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo. Sua participação é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Sua participação consiste em responder a algumas perguntas sobre seu perfil sociodemográfico, econômico, gineco-obstétrico, questões gerais de saúde, perfil do parceiro íntimo e experiência de vida. Seu nome completo não será registrado. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar; o que pode levar a algum desconforto, mas muitas mulheres acharam útil ter tido a oportunidade de falar sobre eles. Caso sinta necessidade, a Senhora poderá contar com o apoio da pesquisadora e ser encaminhada ao serviço de psicologia e a rede de atendimento às vítimas de violência se assim o quiser. Lembramos que a Senhora só participa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão da violência e para a produção de conhecimento científico, isso é de grande importância para o nosso Estado, uma vez que o Espírito Santo é o Estado com maior índice de violência contra a mulher. Este estudo contribuirá na obtenção de conhecimento sobre a ocorrência deste fenômeno, permitindo o planejamento de ações específicas que atendam à demanda desse grupo, reduzindo as desigualdades em saúde derivadas dos comportamentos violentos. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone (27) 9515-2805 ou pela entidade

responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, fone 3335.7211, e-mail: cep.ufes@hotmail.com. A Senhora receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado.

A entrevista dura mais ou menos X minutos.

Você concorda em ser entrevistada e participar deste estudo?

- CONCORDA EM SER ENTREVISTADA
 NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA

Atenciosamente,

Vitória, ____ de _____ de 2014.

 Franciéle Marabotti Costa Leite - Pesquisadora - CPF: 084666937-42

 Dra. Denise Petrucci Gigante – Orientadora - CPF: 336768600-04

 Dra. Maria Helena Costa Amorim - Co-orientadora - CPF: 812.751.107-20

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Assinatura da entrevistada -
 _____ Assinatura da
 entrevistadora - _____

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, fone (27) 9515-2805 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, fone 3335.7211, e-mail: cep.ufes@hotmail.com

ANEXO C

Instrumento da Organização Mundial de Saúde para rastreamento da Violência cometida pelo Parceiro íntimo

Violência Psicológica	Sim	Não
1. Ofendeu a Sra. ou fez com que se sentisse mal a respeito de si mesma	1	0
2. Humilhou a Sra. diante de outras pessoas	1	0
3. Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	1	0
4. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem a Sra. gosta	1	0
Violência Física	Sim	Não
5. Deu-lhe um tapa ou jogou algo na Sra. você que poderia machucá-la	1	0
6. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	1	0
7. Machucou-a com um soco ou com algum objeto	1	0
8. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou a Sra.	1	0
9. Estrangulou ou queimou a Sra. de propósito	1	0
10. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra a Sra.	1	0
Violência sexual	Sim	Não
11. Forçou-a a manter relações sexuais quando a Sra. não queria.	1	0
12. A Sra. teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer se a Sra. não aceitasse ter relação.	1	0
13. Forçou-a a uma relação sexual humilhante	1	0

Fonte: WHO VAW STUDY.

ANEXO D

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PRATICADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO: ESTUDO EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: Franciéle Marabotti Costa Leite

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21221513.4.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPÍRITO SANTO - FAPES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 470.744

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo transversal analítico. A ser realizado nas unidades de saúde de atenção primária do município de Vitória, capital do Espírito Santo. A população em estudo será composta de mulheres com idade entre 20 e 59 anos, não gestantes, que possuem ou possuíram parceiro íntimo nos últimos 12 meses, cadastradas nas unidade de saúde do seu bairro. Neste estudo define-se como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorados atuais desde que mantendo relações sexuais(3). Serão excluídas mulheres que não apresentarem condições psíquicas e/ou não tenham capacidade de compreensão ou comunicação. O município de Vitória possui 102.602 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos nas 28 Unidades de Saúde da Atenção primária do município, que estão distribuídas nas regiões de saúde do município. Para calcular o tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de cálculo de amostra em estudos transversais com populações finitas do programa estatístico Epi-Info, sendo considerados os seguintes parâmetros: nível de significância de 95%, prevalência do agravo em saúde de 20%, tamanho da população de 102.602 mulheres, erro amostral de 5% e efeito do desenho de 2. As variáveis do estudo - A variável dependente será a violência perpetrada pelo parceiro íntimo (violência física, psicológica e sexual), já as variáveis independentes serão constituídas de características: sociodemográficas; gineco-obstétricas; e questões gerais de saúde; características

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 470.744

sociodemográficas e comportamentais do parceiro. Instrumentos de Coleta de dados ζ Será utilizado um formulário contendo as variáveis: sociodemográficas, gineco- obstétricas e questões gerais de saúde. Para avaliar a Classe econômica será utilizado o instrumento da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa (ABEP)²⁹. Para identificar a violência entre parceiros íntimos, será aplicado o instrumento intitulado World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW STUDY), que tem por objetivo discriminar diferentes formas de violência contra mulheres em seus domínios psicológico, físico e sexual⁽³⁰⁾. As mulheres convidadas a participar da pesquisa serão orientadas quanto ao objetivo da mesma.

Após a aquiescência e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão encaminhadas à uma sala reservada para serem submetidas à entrevista com registro em formulário. A entrevista será realizada, por pesquisadora devidamente treinada conforme protocolo de pesquisa. A coleta de dados será realizada no horário de funcionamento das Unidades de Saúde (matutino e/ou vespertino). Os dados analisados serão apresentados na forma, de frequências absolutas e relativas de cada variável categórica. Para as variáveis quantitativas, será realizada média e desvio padrão. Para análise de associação, será realizado o teste qui-quadrado, ou teste exato de Fisher, quando necessário, como medida de associação entre variáveis para estudos de prevalência. Foi considerado o nível de significância de 5% (p- valor 0,05). Os resultados serão analisados usando o pacote estatístico STATA 13.0.

Tamanho da Amostra no Brasil: 1.000

Critério de Inclusão:

Mulheres com idade entre 20 e 59 anos, não gestantes, que possuem ou possuíram parceiro íntimo nos últimos 12 meses, cadastradas nas unidades de saúde do seu bairro.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas mulheres que não apresentarem condições psíquicas e/ou não tenham capacidade de compreensão ou comunicação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo;

Objetivo Secundário:

- Identificar a prevalência e o tipo de violência perpetrada pelo parceiro íntimo em usuárias de

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 470.744

unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo;

- Caracterizar o perfil da mulher quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde;
- Examinar a relação entre o tipo de violência sofrida e as variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde;
- Descrever o perfil do parceiro, quanto às variáveis sociodemográficas e comportamentais

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

- A participação em uma pesquisa de campo, que envolve a entrevista, pode remeter à riscos de natureza social, cultural e psicológico, uma vez que ao responder as questões da pesquisa a mulher pode trazer à memória lembranças que desencadeiem uma situação de stress, nesse sentido, a mulher a qualquer momento pode retirar o seu consentimento, bem como, contar com o apoio da pesquisadora e ser encaminhada ao serviço de psicologia e a rede de atendimento às vítimas de violência se assim o quiser.

Benefícios:

- Vale destacar que este estudo é de grande importância para o nosso Estado, uma vez que o Espírito Santo é o Estado com maior índice de violência contra a mulher. Este estudo contribuirá na obtenção de conhecimento sobre a ocorrência da violência contra a mulher, permitindo o planejamento de ações específicas que atendam à demanda desse grupo.
- o estudo sobre violência e seus determinantes são prioridades para a Organização Pan-Americana da Saúde, pois contribuem com o maior entendimento acerca deste fenômeno, a fim de reduzir as desigualdades em saúde derivadas dos comportamentos violentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pretende testar a Hipótese:

- A prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, entre usuárias do serviço de saúde, é elevada;
- A prevalência da violência contra a mulher é maior entre as mulheres com piores condições sociodemográficas, piores condições de saúde e determinadas características gineco-obstétricas;
- A prevalência da violência contra a mulher é maior entre aquelas que possuem parceiros íntimos com piores

condições sociodemográficas e determinados fatores comportamentais.

A pesquisa pretende como

Desfecho Primário:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 470.744

- Prevalência dos tipos de violência perpetrada pelo parceiro íntimo em usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória, Espírito Santo;

Desfecho Secundário:

- Caracterização do perfil das usuárias de unidades de atenção primária em saúde do município de Vitória quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde; - A relação entre o tipo de violência sofrida e as variáveis sociodemográficas, econômicas, gineco-obstétricas e questões gerais de saúde;- O perfil do parceiro agressor, quanto às variáveis sociodemográficas e comportamentais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendendo à solicitação de parecer anterior, TCLE ajustado conforme RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Recomendações:

Elaborar e apresentar o relatório final após conclusão do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de acordo com a RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 27 de Novembro de 2013

**Assinador por:
Karina Tonini dos Santos Pacheco
(Coordenador)**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br