

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RAQUEL FERREIRA LOPES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM
MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE**

**MACEIÓ
2016**

RAQUEL FERREIRA LOPES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM
MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na promoção da vida e no cuidado em saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, cuidado dos grupos humanos

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ruth França Cizino da Trindade.

MACEIÓ

2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

L864p Lopes, Raquel Ferreira.
 Prevalência e fatores associados à violência doméstica em mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde / Raquel Ferreira Lopes. – 2016.
 101 f. : il.

Orientadora: Ruth França Cizino da Trindade.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 79-90.
Apêndices: f. 91-92.
Anexos: f. 93-100.

1. Violência doméstica. 2. Violência contra as mulheres. 3. Mulheres maltratadas. 4. Estudos transversais. I. Título.

CDU: 616-083:396

Folha de aprovação

RAQUEL FERREIRA LOPES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM
MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 22 de Dezembro de 2016

Banca examinadora



**Prof.^a Dr.^a Ruth França Cizino Da Trindade (UFAL/ESENFAR) –
Orientadora**



Prof.^a Dr.^a Ana Maria de Almeida (USP/ÉERP)



Prof.^o Dr.^o Walter Matias de Lima (UFAL/CEDU)

Dedico este trabalho ao meu “Parceiro íntimo: Lucas Tardelly”, pelo incentivo, companheirismo, paciência e por cultivar comigo uma relação sem desigualdades.

Ao exemplo da minha vida, minha mãe, Janete, que é minha base, minha fortaleza e meu maior tesouro.

Aos meus irmãos, Lucas, Gabriel e Izabel, por serem tão presentes em minha vida.

Ao meu sobrinho Luan, que trouxe um ar mais leve e divertido a nossa família.

Ao meu pai Cícero, que torce e vibra a cada conquista.

A minha amiga Lidiany, por acreditar em mim, e através de suas palavras amigas me fortalecer a enfrentar os desafios.

À Jésua, Bárbara, Luciane, Jéssica e Sílvia, por todo apoio e incentivo.

A minha avó Júlia e meu primo Josival que já não estão mais presentes fisicamente, mas me guiam espiritualmente na minha jornada profissional, pois sempre foram meus grandes incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me concedido, entre tantas graças, a aprovação no mestrado. Foram os meses mais intensos da minha vida. E chegar até aqui é uma conquista que sozinha jamais conseguiria.

Ao programa de Pós-graduação em Enfermagem, juntamente com todos os profissionais que o compõem, por essa oportunidade e por ter me acolhido tão amorosamente.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Ruth França, por sua sabedoria e competência, por ter apostado em mim e na minha proposta de trabalho. Sua força me fez ter coragem para enfrentar os desafios que viria pela frente.

Aos professores Walter Matias e Sabrina Joany Neves pelas contribuições e sugestões apresentadas na ocasião do exame de qualificação.

Aos colaboradores, Renata Gomes, Renata Ribeiro, Kezia, Jonatha, Karyna e Clara, por todas as contribuições e por terem aceitado participar da coleta de dados. Sem o apoio de vocês, tudo teria ficado ainda mais difícil.

A todos os profissionais de saúde das unidades pesquisadas, pela recepção e acolhida.

Aos colegas da quinta turma de mestrado da UFAL, pela amizade, momentos de descontração e contribuições que cada um deu ao meu trabalho. Em especial às irmãs gibizeiras Andreia e Tatá.

À Prof^a. Dr^a. Regina Santos, que durante suas aulas de metodologia nos fazia refletir sobre os nossos objetos de estudo e trouxe contribuições significativas durante a elaboração do meu trabalho.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem por nos fazer amadurecer na pesquisa, na docência e principalmente, na vida.

A todas as entrevistadas, que concederam um pouquinho do seu tempo respondendo as questões e puderam concretizar a realização deste trabalho.

A todos que se fizeram presente em minha vida, que me apoiaram e me incentivaram, muito obrigada!

Acordei de repente com um forte estampido dentro do quarto. Abri os olhos. Não vi ninguém. Tentei mexer-me, mas não consegui. Imediatamente fechei os olhos e um só pensamento me ocorreu: “Meu Deus, o Marco me matou com um tiro”. Um gosto de metal se fez sentir, forte, na minha boca, enquanto um borbulhamento nas minhas costas me deixou ainda mais assustada. Isso me fez permanecer com os olhos fechados, fingindo-se de morta, pois temia que Marco me desse um segundo tiro. (Maria da Penha Maia Fernandes – Livro Sobrevivi posso contar)

“Emancipem-se da escravidão mental”.
(Bob Marley)

RESUMO

A violência doméstica contra a mulher é um problema de ordem social e de saúde pública, por ser cometida dentro do ambiente doméstico por pessoas com ou sem laço de consanguinidade é um dos fatores que a torna invisível para a sociedade e profissionais de saúde. As unidades básicas de saúde são fundamentais para a detecção destes casos de violência. **OBJETIVOS:** investigar a prevalência e fatores associados à violência doméstica entre mulheres usuárias de nove unidades de atenção básica de saúde de Maceió – Al. **METODOLOGIA:** estudo de corte transversal, realizado na cidade de Maceió – Al, em nove unidades de saúde: USF Vale do Reginaldo; Durval Cortez; Pitanguinha; Fernão Velho; Novo Mundo/José Araújo; Selma Bandeira, Rosanne Collor e Pescaria. Os critérios de inclusão foram: mulheres em atendimento nas unidades básicas de saúde ou no domicílio, com idade entre 18 e 49 anos, que tivessem parceiro íntimo na ocasião da entrevista e/ou residisse em domicílio com pai, padrasto, irmão ou agregado familiar e ter estado grávida entre 2014 e 2015. Foram excluídas da pesquisa mulheres em período gestacional, mulheres com limitações psicológicas ou emocionais que inviabilizavam a realização da entrevista e mulheres em relações homoafetivas. A amostra foi de 247 mulheres. O instrumento utilizado para detecção da violência foi o *Abuse Assesment Screen* (AAS). Na análise dos dados foi utilizado a estatística descritiva, Qui-quadrado e o *Odds Ratio*. **RESULTADOS:** entre as 247 entrevistadas, foi detectado prevalência de 43,72% de violência doméstica, 37,24% para a violência psicológica, 19,83% para a violência física e 8,09% para a violência sexual. Os principais agressores foram maridos e ex-maridos. Os tipos de agressões que prevaleceram para a violência física foram tapas, socos e chutes, nas regiões da cabeça, membros superiores e inferiores. A maioria das mulheres eram jovens, pardas, convivendo em união estável, com baixos níveis de escolaridade, desempregadas e com renda familiar de até um salário mínimo. Houve associação significativa entre violência física e renda familiar ($p < 0,005$). A variável tabagismo se mostrou associada com as violências física (OR=3,202; IC_{95%}=1,281-8,003) e psicológica (OR=3,298; IC_{95%}=1,326-8,202) e o uso do álcool mostrou associação com a violência física (OR=2,533; IC_{95%}=1,208-5,314). Ter presenciado violência na infância apresentou associação com violência física (OR=2,429; IC_{95%}=1,279-4,614) e violência psicológica (OR=2,860; IC_{95%}=1,675-4,873); Mulheres que presenciaram suas mães sendo agredidas pelos parceiros íntimos, também apresentaram maiores chances de sofrer violência física (OR=2,400; IC_{95%}=1,271-4,529) e psicológica (OR=2,229; IC_{95%}=1,309-3,794). Houve associação significativa com mulheres agredidas na infância com a violência do tipo psicológica (OR=1,899; IC_{95%}=1,115-3,233). **CONCLUSÃO:** os dados mostraram alta prevalência de violência doméstica, em sua maioria praticada pelo parceiro íntimo. Dessa forma, se faz necessário maior investimento em capacitações com os profissionais das unidades básicas de saúde, para que possam reconhecer as situações de violência e lidar com esse fenômeno tão complexo e que abrange grande número de mulheres.

Palavras-chave: Violência doméstica. Violência contra a mulher. Mulheres maltratadas. Estudos transversais.

ABSTRACT

Domestic violence against women is a problem of social order and public health, by being committed within the domestic environment for people with or without bond of consanguinity is one of the factors that makes it invisible to society and health professionals. Basic health units are essential to the detection of these cases of violence. OBJECTIVES: to investigate the prevalence and factors associated with domestic violence among women users of nine units of the basic attention to health of Maceió-Al. METHODOLOGY: this is a cross-sectional study, conducted in the city of Maceió-Al in nine health units: USF Vale do Reginaldo, Durval Cortez; Pitanguinha; Fernão Velho; Novo Mundo/José Araújo, Selma Bandeira, Rosanne Collor and Pescaria. Inclusion criteria were: women in attendance in basic health units or at home, aged between 18 and 49 years old, who had intimate partner on the occasion of the interview and/or residing at home with father, stepfather, brother or household and have been pregnant between 2014 and 2015. Women were excluded from research on gestational period, women with psychological or emotional limitations that not possible the completion of the interview and homosexual women. The sample was of 247 women. The instrument used for detection of violence was the Abuse Assessment Screen (AAS). In the analysis of the data was used the descriptive statistics, Chi-square and Odds Ratio. RESULTS: among the 247 interviewed, was detected 43.72% prevalence of domestic violence, 37.24% to psychological violence, 19.83% for physical violence and 8.09% for sexual violence. The main perpetrators were husbands and ex-husbands. The types of attacks that have prevailed for physical violence were slaps, punches and kicks, in the regions of the head, upper and lower limbs. Most of the women were young, Brown, living in stable, with low levels of education, unemployed and with household income of up to one minimum wage. There was a significant association between physical violence and family income ($p < 0.005$). The smoking variable proved to be associated with physical violence (OR=3,202, CI=1,281-8,003) and psychological (OR=3,298, CI=1,326-8,202) and alcohol use showed association with physical violence (OR=2,533, CI=1,208-5,314). Have witnessed violence in childhood showed association with physical violence (OR=2,429, CI=1,279-4,614) and psychological violence (OR=2,860, CI=1,675-4,873); Women who witnessed their mothers being abused by intimate partners, were also likely to suffer physical violence (OR=2,400, CI=1,271-4,529) and psychological (OR=2,229, CI=1,309-3,794). There was significant association with battered women in childhood with violence of psychological type (OR=1,899, CI=1,115-3,233). CONCLUSION: the data showed high prevalence of domestic violence in your most practiced by intimate partner. Thus, if necessary increased investment in training with the pros of the basic health units so that they can recognize the situations of violence and to deal with this phenomenon as complex and which covers a large number of women.

Keywords: Domestic violence. Violence against women. Battered women. Cross-sectional studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxas de homicídios femininos (por 100 mil habitantes) em 2013, segundo as capitais do Brasil. Brasil. 2013.	166
Figura 2 - Modelo ecológico dos fatores associados à violência contra a mulher.	39
Figura 3 - Bairros por regiões administrativas/Distritos sanitários da cidade de Maceió – AL.	411
Figura 4 - Mapa da distribuição dos distritos sanitários de Maceió – AL e a cobertura da Estratégia Saúde da família. Maceió – AL.....	41
Figura 5 - Dispersão dos resultados obtidos a partir das respostas das entrevistadas. Maceió, 2016.....	48
Figura 6 - Frequência dos casos de violência doméstica, por tipo de violência e sobreposição dos casos, em mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.....	50
Figura 7 – Caracterização das mulheres vítimas de violência doméstica usuárias dos serviços de atenção básica de saúde, segundo o CCEB. Maceió. 2016.....	57
Figura 8 - Distribuição das pessoas e entidades com quem as mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde e vítimas de violência doméstica relataram sobre o ocorrido. Maceió. 2016.	633

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das unidades de saúde pesquisadas e números de entrevistadas. Maceió. 2016.....	423
Tabela 2 - Prevalência de Violência física, sexual e psicológica em mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.....	49
Tabela 3 - Frequência dos casos de violência doméstica e distribuição proporcional, segundo as unidades de saúde em mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde. Maceió. 2016.	511
Tabela 4 - Prevalência de violência física, Violência física no último ano, violência física na gravidez, agressor e número de agressões em mulheres atendidas nas unidades de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.....	522
Tabela 5 - Distribuição dos tipos de agressões e locais das agressões no corpo de mulheres atendidas em unidades de saúde. Maceió. 2016.....	533
Tabela 6 - Prevalência de violência sexual, Violência sexual no último ano, agressor e número de agressões em mulheres atendidas nas unidades de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.	544
Tabela 7 - Prevalência de violência psicológica, agressor e número de agressões em mulheres atendidas nas unidades de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.	555
Tabela 8 - Características sócio demográficas das mulheres vítimas de violência doméstica, usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.	566
Tabela 9 - Distribuição das características do Estado civil e idade do parceiro íntimo das mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde que sofreram algum tipo de violência doméstica. Maceió. 2016.	58
Tabela 10 - Distribuição das características de iniciação sexual e reprodutivas das mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde, segundo idade da primeira menstruação, idade da primeira relação sexual, idade da primeira gravidez. Maceió. 2016.....	59
Tabela 11 - Características relacionadas aos comportamentos de risco das mulheres vítimas de violência doméstica, usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.	600

Tabela 12 - Características relacionadas a violência na infância das mulheres vítimas de violência doméstica, usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.	62
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3 REVISÃO LITERÁRIA	24
3.1 A trajetória da mulher ao longo da história	24
3.2 A trajetória da mulher na história do Brasil	25
3.3 Violência contra a mulher: Definições.....	28
3.4 As lutas feministas e a legislação sobre a violência contra a mulher	31
3.5 A vulnerabilidade feminina frente a violência doméstica	37
4 METODOLOGIA	40
4.1 Tipo de estudo	40
4.2 Local da pesquisa	40
4.3 Amostra	42
4.3.1 Seleção das Unidades.....	42
4.3.2 Seleção das Entrevistadas	43
4.4 Participantes da pesquisa	43
4.5 Aspectos éticos	43
4.6 Coleta de dados.....	44
4.7 Instrumentos de pesquisa	45
4.8 Variáveis estudadas	46
4.9 Tratamento dos dados	46
5 RESULTADOS	48
5.1 Prevalência da violência doméstica entre mulheres usuárias da atenção básica	49
5.2 Caracterização sócio demográfica das vítimas de violência doméstica	56
5.3 Caracterização sexual e reprodutiva das mulheres usuárias da atenção básica	58
6 DISCUSSÃO	64
7 CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	91
ANEXOS	93

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem como objeto de estudo a prevalência e os fatores associados à violência doméstica em mulheres usuárias de nove unidades básicas de saúde da cidade de Maceió - Alagoas.

A aproximação com o tema surgiu ainda na graduação, durante as atividades práticas nas unidades básicas de saúde em 2013 com a realização de atendimentos voltados às mulheres, como consultas de pré-natal às gestantes, realização de citologia oncológica com prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e aconselhamentos e consulta puerperal.

A unidade básica era situada na região periférica de Maceió, parte alta da cidade, em que concentra os maiores índices de violência da capital. Porém em nenhum dos atendimentos realizados os profissionais da unidade abordavam as mulheres sobre a existência de violência doméstica, ou qualquer outro tipo.

Em atendimentos de pré-natal o Ministério da Saúde preconiza, em seu manual de atenção ao Pré-natal de baixo risco, a abordagem sobre a violência durante as consultas para a detecção dos casos, informando a obrigatoriedade da notificação dos casos pelos profissionais e a conduta com as vítimas, incentivando-as a denunciar seus agressores. Porém, senti que havia certo receio dos profissionais que atuavam na unidade em iniciar essa abordagem com as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Da mesma forma, não identificava a procura das mulheres para relatar qualquer tipo de violência que tivesse sofrido. Então me questionava: *será que não há casos de violência doméstica contra mulheres em uma comunidade com índices tão altos de violência? E por que os profissionais da unidade não abordam essa temática?*

Em minhas pressuposições, acreditava que o medo dominava a comunidade, por isso o silêncio das vítimas, e a atuação mecânica, pautada em um modelo biologicista impedia que os profissionais enxergassem além das queixas físicas das mulheres e que o silêncio de ambos resultaria em uma elevada subnotificação dos casos de violência doméstica na capital.

O ingresso no mestrado foi a oportunidade de investigar tais inquietações. Acreditamos que os resultados desse estudo poderão contribuir com a atuação dos profissionais de saúde permitindo maior reflexão sobre as ações desempenhadas,

com uma postura mais acolhedora e sensível aos casos de violência doméstica, para que este fenômeno social saia da invisibilidade, e que o setor saúde, e as unidades básicas se tornem, de fato, um campo privilegiado para o enfrentamento da violência.

Pretendemos também com este trabalho despertar a comunidade científica sobre a importância da realização de buscas ativas para se identificar a realidade da violência, investigando a prevalência dos casos de violência doméstica no município, pois, com a real identificação dos casos, é possível traçar as estratégias para o seu enfrentamento e prevenção.

No próximo capítulo iniciamos com a introdução ao tema, seguido dos objetivos pretendidos alcançar. A revisão literária é dividida em cinco seções, em que a primeira traz a trajetória da mulher ao longo da história, a segunda traça essa trajetória no Brasil, a terceira traz uma leitura sobre as relações de gênero e definições dos termos relativos à violência e utilizados neste trabalho, a quarta seção relata sobre o movimento feminista e os avanços nas leis para combater a violência contra a mulher e na última seção da revisão procuramos demonstrar a vulnerabilidade da mulher que a torna suscetível a sofrer com a violência doméstica.

A seguir apresentamos os resultados da prevalência de violência doméstica e seus tipos, com associações da vivência da violência com aspectos sócio demográficos, comportamentos de risco e violência na infância e a discussão dos dados encontrados, buscando equiparar com outras localidades. Por fim, apresentamos a conclusão desta investigação.

1 INTRODUÇÃO

O interesse em trabalhar nesta temática surgiu nas atividades práticas durante a graduação em uma unidade básica de saúde como já citado. Em que percebi a falta de abordagem dos profissionais de saúde durante o atendimento em relação a ocorrência de violência doméstica contra a mulher e a falta de procura das mesmas para relatar a ocorrência deste tipo de violência. Dessa forma, surgiram as inquietações a respeito da prevalência de violência doméstica no município e quem são essas mulheres vítimas de violência.

Nossa cultura patriarcal que estereotipa a figura feminina como frágil, doméstica, mãe e esposa, submissa e oprimida, tem favorecido a invisibilidade da violência no ambiente doméstico e os comportamentos opressores como algo natural nessa sociedade e essa construção tem acentuado modelos de subordinação feminina (GUIMARÃES; PEDROSA, 2015).

Muitas mulheres não enxergam a violência que sofrem, não percebem as atitudes machistas e opressoras como formas de violência. Tais atitudes machistas estão enraizadas em homens e mulheres desde a antiguidade, colaborando para a aceitação e tolerância da violência contra a mulher (MOREIRA et al., 2008).

Quando essa violência ocorre no ambiente doméstico, a percepção e enfrentamento se tornam ainda mais difíceis, pois muitos acreditam que violência é apenas a que ocorre no ambiente público e não no privado, que se trata de assunto privativo dos familiares envolvidos e que não deve ser relatado para outras pessoas (MOREIRA et al., 2008).

Aqui tratamos da violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos e que se configura como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial a mulher; praticada no âmbito doméstico por pessoas com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida (BRASIL, 2006).

Os debates sobre o papel da mulher na sociedade e procura por sua valorização, tiveram maior repercussão na década de 60 com o movimento feminista, na tentativa de despertar a sociedade para o enfrentamento das desigualdades entre homens e mulheres (CASTRO; MACHADO, 2016).

Por haver vários debates em torno da questão de gênero e que não se pode limitar essas questões apenas nas diferenças biológicas, entendemos a necessidade de deixar claro que neste estudo trabalharemos com a violência doméstica contra a mulher cometida por homens do convívio familiar, com ou sem laços de consanguinidade, e o nosso debate sobre gênero perpassa pelas diferenças entre homens e mulheres, pela subordinação e submissão da mulher perante a figura masculina construídas ao longo da história.

Até os dias atuais, trava-se lutas diárias para o combate a tantos atos violentos contra a mulher, pautados na questão de gênero e nas desigualdades entre os sexos. Estudos de prevalência tem demonstrado o quanto ainda é preciso lutar para combater esse tipo de violência.

Estudo realizado em Bangladesh com mulheres entre 15 e 49 anos de idade residentes das áreas urbana e rural do país mostrou prevalência de 37% de violência sexual praticada por parceiro íntimo de mulheres residentes na zona urbana e 50% de mulheres da zona rural (NAVED, 2013). Pesquisa similar realizada na República Democrática do Congo mostrou prevalência de 68,2% de mulheres que vivenciaram violência doméstica por parceiro íntimo (TLAPEK, 2014). Outro estudo internacional realizado nos serviços de atenção básica de saúde do Líbano comprovou prevalência de 35% de mulheres que sofreram violência doméstica, na maioria das vezes, praticada por seus cônjuges (USTA; FARVER; PASHAYAN, 2007).

No Brasil, pesquisa realizada em 19 centros de saúde da atenção básica na Grande São Paulo encontrou 76% de prevalência de violência doméstica, com ênfase a violência psicológica e praticada por parceiro íntimo (HANADA et al., 2007). Outro estudo realizado com uma amostra menor demonstrou prevalência de 45,3% de violência doméstica, predominando também a violência do tipo psicológica (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006). Em um serviço público de saúde do nordeste brasileiro a prevalência da violência contra as mulheres foi de 27,5%, mais frequentemente cometida por parceiro íntimo (SILVA et al., 2010).

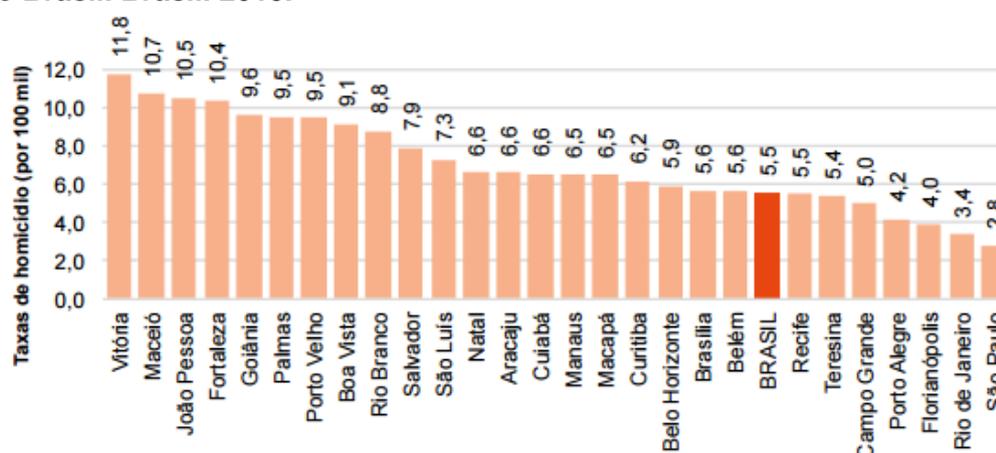
Dados do Sistema de informação de agravos de notificação – SINAN do Ministério da Saúde revelam que no período de 2009 a junho de 2015 foram notificados no Brasil 721.539 casos de violência contra a mulher, incluindo violência doméstica e sexual. No mesmo período analisado, o estado de Alagoas notificou 11.352 casos de violência doméstica, sexual e outros tipos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Ao considerar os altos índices de violência no município de Maceió, em que nos últimos anos o município tem se destacado na mídia por altas taxas de homicídios, o que tem a caracterizado como a capital mais violenta do país. Um estudo realizado no período entre 2007 e 2012, a partir dos registros de óbitos ocorridos na capital, mostrou registro de 5.735 homicídios, registro de média mensal de 79,7 homicídios, ou, 2,62 registros/dia. As maiores taxas foram encontradas nos anos de 2010 e 2011, com valores de 110,9/100 mil habitantes e 111,4/100 mil habitantes (ALVES et al., 2014).

Na análise dos homicídios femininos por agressão, o estado de Alagoas apresentou os maiores coeficientes no período de 2003 a 2007, perdendo apenas para Espírito Santo, Pernambuco, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Rondônia (MENEHEL; HIRAKATA, 2011).

Segundo a última atualização do mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil, mostra que Alagoas apresentou em 2013 taxa de homicídios femininos de 8,6 por 100 mil habitantes, que o fez permanecer em 4º lugar no ranking nacional. Atrás apenas das capitais: Roraima, Espírito Santo e Goiás. Entre as capitais, Maceió se destaca com a taxa de 10,7 a cada 100 mil habitantes, atingiu o segundo lugar entre todas as capitais, e junto com Vitória, João Pessoa e Fortaleza encabeçou as capitais com taxas mais elevadas no ano de 2013, acima de 10 homicídios por 100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2015). (Figura 1).

Figura 1 - Taxas de homicídios femininos (por 100 mil habitantes) em 2013, segundo as capitais do Brasil. Brasil. 2013.



Fonte: WAISELFISZ, 2015.

Ainda de acordo com o mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil, ao avaliar os agressores das vítimas, constatou-se que entre as adolescentes

o principal agressor foram os pais, parceiros e ex-parceiros e em mulheres jovens e adultas o principal agressor foi o parceiro ou o ex-parceiro (WAISELFISZ, 2015).

Em todas as faixas etárias predominou a violência doméstica e praticada principalmente por uma pessoa do sexo masculino. Quando avaliados os locais de ocorrência das agressões, a residência tem lugar privilegiado, sobretudo para o sexo feminino; enquanto que o sexo masculino, o principal local das agressões são vias públicas, o que configura, em sua maioria, uma violência cometida por desconhecidos e apenas uma vez (WAISELFISZ, 2015).

Porém, para as mulheres, o fato de sofrer agressões dentro do ambiente doméstico e por pessoas cuja vítima mantém relações de afetividade é um dos fatores que contribui para a invisibilidade desta violência, como também, a frequência maior das atitudes violentas, que se tornam rotineiras, que pode ter fins trágicos, como os homicídios femininos; geralmente iniciado por pequenos xingamentos, que quando tolerados predispõem a outras formas de violência, e grande parte dos homicídios femininos são ocasionados por uma longa trajetória de violência doméstica, não investigada e não relatada, em que o medo, a vergonha e até a tolerância e aceitação desta violência impedem de procurar ajuda (MOREIRA et al., 2008).

Dessa forma, o presente estudo procurou responder à questão norteadora:

• ***Qual a prevalência e os fatores associados à violência doméstica em mulheres usuárias de nove unidades de atenção básica de saúde da cidade de Maceió-Al?***

Partindo da hipótese de que:

• ***Se o município de Maceió apresenta altos coeficientes de violência, como homicídios e homicídios femininos resultantes de agressão, então há manifestação de violência doméstica em mulheres residentes deste município.***

A violência doméstica contra a mulher se constitui não só como um problema social, nas relações entre os sujeitos da sociedade e as relações de gênero entre homens e mulheres, como também, um problema de saúde pública, pelos danos à saúde da mulher ocasionados pela violência, alta prevalência dos casos e a severidade destes, que gera altos custos de saúde para o governo em tratar as sequelas deixadas pela violência seja física, sexual ou psicológica (FERNANDES et al., 2014).

Apesar de alguns profissionais não entenderem a violência doméstica como um problema para a saúde, esta, se constitui sim como um problema de saúde pública.

Pois além da alta prevalência dos casos e severidade destes, traz inúmeras consequências para a saúde da mulher, o que prejudica sua qualidade de vida, saúde reprodutiva, saúde mental, trabalho e educação (MOREIRA et al., 2008).

As consequências da violência para a saúde da mulher abrangem traumas físicos, queixas ginecológicas, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, queixas gastrointestinais e queixas vagas que requerem maior procura das mulheres que sofrem agressões aos serviços de saúde. Ao se tratar da violência que ocorre no ambiente doméstico, é geralmente ocasionada por parceiro íntimo ou ex-parceiro, porém qualquer pessoa do convívio familiar da vítima pode ser o agressor, mesmo sem laços de consanguinidade (D'OLIVEIRA et al., 2009).

A violência perpetrada durante a gestação pode ocasionar hemorragias, abortamentos, risco de morte perinatal, baixo peso ao nascer e prematuridade, pois apesar da condição de maior vulnerabilidade, as mulheres em período gestacional não estão isentas de sofrerem com a violência doméstica. Cerca de 13% das mulheres relata aumento da frequência ou severidade da violência durante o período gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As situações de violência doméstica geram sentimentos como: vergonha, medo, isolamento social, depressão e até suicídio, fatores que impedem a mulher que sofre com a violência relatar o problema ou procurar ajuda, muitas mulheres aceitam esse domínio por parte do agressor e mentem ou omitem episódios de violência por medo de novas agressões, sustentando o silêncio e dando continuidade à violência (DUTRA et al., 2013).

Em um estudo realizado com profissionais de saúde, foram elencados os fatores que influenciam as situações de violência doméstica, entre as principais causas foram citadas: machismo, as condições econômicas, o alcoolismo e a vivência da violência na infância (MOREIRA et al., 2008).

Em relação ao alcoolismo um participante da pesquisa de Moreira et al. (2008) refere o uso do álcool como fator causal das agressões, pois, o homem ao não assumir sua responsabilidade diante dos atos, tenta se isentar da culpa, ao justificar as agressões cometidas pelo seu estado de alcoolismo, como também a reprodução de violência vivida na infância, como forma de solucionar os problemas familiares na vida adulta.

Trata-se de um tema de alta complexidade, pois envolve vários fatores que podem contribuir para a sua ocorrência. Mesmo com o grande número de casos

detectados em diversos estudos, sabe-se da elevada subnotificação dos casos, pela invisibilidade da violência doméstica, principalmente por ser cometida dentro do ambiente doméstico, em que há a crença de que se trata de um problema particular e que deve ser resolvido apenas entre os envolvidos. Além disso, muitas mulheres que sofrem com violência doméstica atribuem para si mesmas a culpa pelos problemas na relação com o agressor, sustentando o convívio e os episódios de violência (DUTRA et al., 2013).

Além disso, muitas mulheres não relatam, por medo, vergonha, ou não acreditar no fim da violência; e muitos profissionais não perguntam, seja pelo tempo limitado de atendimento, pela prática biologicista, por não saber como agir, ou não enxergar como um problema de saúde, o que favorece também a invisibilidade do fenômeno (QUADROS et al., 2013).

Alguns profissionais têm dificuldades em perceber a violência como um problema de saúde pública e como uma demanda específica para o setor saúde, o que poderá repercutir no seu envolvimento e posterior intervenção. Por isso, o constrangimento em iniciar uma conversa sobre violência doméstica não é só por parte das mulheres agredidas, mas também dos profissionais de saúde, que sentem receio em realizar busca ativa desses casos (QUADROS et al., 2013; DUTRA et al., 2013).

É difícil mensurar a real magnitude da violência doméstica, pelos diversos casos não detectados, queixas vagas que não se encontram a origem, tentativas de suicídios registradas com outros motivos, como aponta um estudo, em que a violência doméstica vivenciada por mulheres pode favorecer alterações psíquicas, desencadeando transtornos depressivos e que podem culminar em tentativas de suicídio, como forma de querer se livrar da dor que sentem, de se libertarem das situações de violência e humilhação em que estão expostas (CORREIA et al., 2014).

Em Alagoas, entre os 2.496 casos de violência de notificação compulsória registrados entre 2014 a meados de 2016 no Hospital Geral do Estado, mostraram que entre as causas mais frequentes de violência atendidas, são representadas pelas agressões físicas e em segundo lugar as tentativas de suicídio, com uso de drogas ou inseticidas. O que chama ainda mais a atenção é que dentre estas violências autoprovocadas a maior proporção é do sexo feminino (ALVES, 2016).

A violência vivenciada no seio da vida familiar pode desencadear problemas de ordem emocional, que associados a falta de suporte pode culminar na decisão de

encerrar com a própria vida para se libertar da dor (CORREIA et al., 2014). Porém, tais tentativas como as registradas aqui em Alagoas nem sempre são investigadas para se encontrar o real motivo de sua ocorrência, que em muitas vezes têm origem nas situações corriqueiras de violência doméstica, mas que permanecem invisíveis para o setor saúde e para a sociedade.

Embora, atualmente haja a obrigatoriedade da notificação da violência contra a mulher detectada nos serviços de saúde, com a promulgação da lei 10.778 de 2013, os profissionais não registram e não notificam, o que revela a invisibilidade do problema e a falta de percepção da violência doméstica contra a mulher como um problema para o setor saúde. Para possibilitar o reconhecimento da violência nas unidades de saúde, se faz necessário uma abordagem específica, com acolhimento, qualificação da escuta e fortalecimento dos canais de comunicação para atender a essas demandas (BRASIL, 2003; GUEDES; DA FONSECA; EGRY, 2013).

Os profissionais de saúde e as equipes de Saúde da Família são elementos-chave para a identificação dos casos de violência, na criação de vínculo com mulheres vítimas desses eventos, na estruturação de estratégias de enfrentamento e de ações de prevenção e promoção (HESLER et al., 2013). Por estarem mais próximos da comunidade e conhecerem o convívio familiar dos usuários dos serviços, o que torna mais fácil a identificação da violência no ambiente doméstico.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam mais atentos e sensíveis para enxergarem além das queixas físicas e emocionais relatadas pelas mulheres. Entender que a violência pode trazer danos severos à vida da mulher, que traumatiza, incapacita, humilha e deixa sequelas graves, na tentativa de tornar visível um problema que até então é tratado como algo privativo ao ambiente doméstico (CORREIA et al., 2014).

Um estudo mostra as dificuldades apresentadas pelos profissionais da atenção básica no que se refere a identificação, o atendimento e encaminhamento das mulheres vítimas de violência doméstica, atribuindo tais dificuldades à falta de capacitações para lidar com este fenômeno (MOREIRA et al., 2008).

Porém, vale ressaltar que não se pode generalizar e atribuir a culpa por esta invisibilidade da violência apenas aos profissionais de saúde, deve-se considerar os múltiplos aspectos envolvidos no processo, e que para se combater esta violência se faz necessário o envolvimento de todos, como: justiça, saúde, assistência social. Pois, de fato, trata-se de um tema muito complexo para ser abordado, e esta abordagem

deve ser cuidadosa, para não gerar ainda mais estresse entre a vítima e o agressor, e deixar a mulher ainda mais vulnerável às situações e ao agravamento dos casos de violência (QUADROS et al., 2013).

Por isso, entende-se as capacitações dos profissionais de saúde como elementos importantes no combate a violência, pois estas são fundamentais para a identificação do problema, da realização do acolhimento, da escuta qualificada, do apoio às usuárias, e do acompanhamento dos casos, pautado na atenção integral às usuárias dos serviços básicos de saúde (HESLER et al., 2013).

Na busca de uma mudança de postura dos profissionais de saúde, com adoção de uma atitude mais acolhedora, com escuta compreensiva, sem julgamentos, que gere vínculo e relação de confiança entre a usuária do sistema e o profissional, a partir da mudança de um atendimento meramente biologicista em um atendimento holístico, com sensibilidade de entender o que se passa por trás das vagas queixas apresentadas pelas mulheres. A qualidade desse atendimento depende da relação que se estabelece entre os profissionais de saúde que deve estar pautada no respeito, no não julgamento e em uma atitude solidária e compreensiva (DUTRA et al., 2013),

Dessa forma, as unidades de atenção básica de saúde se tornam elementos importantes na detecção da violência doméstica, apresentam-se como terreno fértil no sentido de reconhecer a violência como um problema para a vida da mulher, e trabalhar na prevenção e enfrentamento deste problema. Dada a relação intrínseca que a violência mantém com o processo saúde-doença das usuárias dos serviços de saúde (GUEDES; DA FONSECA; EGRY, 2013).

Na tentativa de quebrar esse silêncio que causa tanta dor nas mulheres agredidas, este estudo torna-se relevante, pela lacuna existente na literatura científica acerca da violência doméstica contra a mulher em bases populacionais no município de Maceió - Al.

Acreditamos que devido a complexidade do tema a ser abordado por profissionais de saúde nas unidades de atenção básica, gerada pelo medo e vergonha tanto dos profissionais quanto da mulher em falar sobre o assunto, ocasiona a invisibilidade do problema em registros de atendimento e grande subnotificação em bancos de dados informatizados.

Logo, este trabalho busca investigar a prevalência dos casos de violência doméstica contra a mulher no município de Maceió, como forma de alertar os profissionais de saúde para uma mudança de postura, com acolhida e sem

juízos, na tentativa de desmistificar a violência e tentar dar mais visibilidade a este fenômeno, como também alertar aos órgãos competentes em maiores iniciativas de capacitações para os profissionais de saúde, principalmente aos pertencentes das unidades de atenção básica. Para que estes locais, se tornem, verdadeiramente, campo privilegiado na identificação, manejo e prevenção da violência doméstica contra a mulher.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar a prevalência e os fatores associados à violência doméstica entre mulheres usuárias de nove unidades de atenção básica de saúde de Maceió - Al;

2.2 Objetivos específicos

- Estabelecer o perfil das mulheres usuárias de nove unidades de atenção básica de saúde que sofrem violência doméstica
- Investigar se há associação dos fatores socioeconômicos com as violências do tipo física, sexual e psicológica detectadas.
- Tipificar a violência doméstica que acomete às usuárias dos serviços de saúde.

3 REVISÃO LITERÁRIA

3.1 A trajetória da mulher ao longo da história

A violência doméstica contra a mulher tem sido o tema de pauta de diversas discussões na atualidade. Porém, não é um tema exclusivamente contemporâneo, pois este fenômeno ocorre desde a antiguidade. O que se percebe é que a visibilidade política e social desta problemática tem um caráter recente, em que se tem destacado a gravidade e seriedade das situações de violências sofridas pelas mulheres em suas relações de afeto (GUIMARÃES; PEDROSA, 2015). Para compreendermos a violência que ocorre atualmente, traçaremos uma breve trajetória da mulher em períodos históricos.

A narrativa judaica da criação da mulher, citada no velho testamento da Bíblia sagrada, Eva é a primeira mulher, nascida da costela do homem, criada para Adão e entregue para ser sua companheira, é citada como a perdição do gênero humano, após a desobediência a Deus; como castigo, Deus declarou: "Multiplicarei grandemente o seu sofrimento na gravidez; com sofrimento você dará à luz filhos; seu desejo será para o seu marido, e ele a dominará" (BÍBLIA, 2002, Gênesis 3-16).

Na idade média, o papel da mulher era basicamente a procriação, época em que a sociedade era fortemente marcada pela hegemonia masculina e preconceito contra as mulheres. O casamento institucionalizado pela igreja, enaltecia a maternidade e o papel de esposa. As mulheres eram governadas por seus maridos, e a estes deviam obediência. Situações de agressões contra as mulheres, não eram consideradas como infração jurídica contra o homem (COUTINHO; COSTA, 2003).

Na época da Inquisição, que data entre o século XII até meados do século XIX houve grande repressão às mulheres, comandada pela igreja católica, que impôs um controle autoritário sobre as mulheres, tornando-as subordinadas. Durante a inquisição, várias mulheres foram queimadas vivas, acusadas de bruxaria (BAIGENT; LEIGH, 2001).

No período do Renascimento, marcado por grandes transformações sociais, econômicas e culturais, para o sistema de hierarquias e trabalho, a figura da mulher continua subordinada e escondida atrás da figura masculina. Como afirma Garin (1991, p. 193): "A mulher do renascimento parece quase sem rosto". Enquanto ao homem pode ser atribuída diversas qualidades como sábio, guerreiro ou príncipe, o

mesmo afirma que a mulher “...é mais, filha ou viúva; virgem ou prostituta, santa ou bruxa. Maria, Eva ou Amazona”.

No período da Revolução Industrial, impulsionada pela invenção da máquina a vapor e a produção manufatureira em larga escala, grande número de agricultores e artesãos passou a vender sua força de trabalho para a indústria em troca de salários. Nesse período a sociedade passou a ser dividida entre os que possuíam os meios de produção, os burgueses, e a mão-de-obra necessária para a produção, o proletariado. Nesse cenário, a mulher não ficou afastada do trabalho industrial, sendo requisitada para a produção e com a revolução industrial ocorre uma participação massiva das mulheres no mercado de trabalho. Porém esta nova condição não traduz em igualdade de direitos entre os gêneros (SARDENBERG; COSTA, 1994).

A condição de inferioridade da mulher é um dos principais objetos de interesse para a burguesia. A submissão da mulher no ambiente doméstico e a longa história de opressão, continuam na forma de pagamentos de salários inferiores aos dos homens e jornadas de trabalho excessivas e insalubres (SARDENBERG; COSTA, 1994). Apenas a partir do século XX, após as grandes guerras mundiais e início do século XXI, com a entrada das mulheres nas universidades, tem início maior integração da mulher no convívio social fora do ambiente doméstico e maior integração entre homens e mulheres (SAFFIOTI, 2001).

A busca da igualdade dos direitos entre os gêneros, da valorização feminina, ocorre ainda nos dias atuais, a longa trajetória da superioridade masculina, gerou uma cultura de dominação da mulher, ainda tão evidente, mesmo após tantas conquistas. Tal submissão é traduzida em diversas formas, entre elas, a perpetuação da violência contra a mulher, que tem alcançado números elevados em todo o mundo, em que o agressor precisa de um único motivo para justificar as suas agressões: O fato da vítima ser mulher, pertencer ao sexo feminino, visto como frágil, submisso e dominado.

3.2 A trajetória da mulher na história do Brasil

A história das mulheres não é só delas, é também aquela da família, da criança, do trabalho, da mídia, da literatura. É a história do seu corpo, da sua sexualidade, da violência que sofreram e que praticaram, da sua loucura, dos seus amores e dos seus sentimentos (PRIORI, 2006).

Ao analisar as relações entre os índios, nativos brasileiros, citado na obra organizada por Mary Del Priori, que trata no primeiro capítulo do cotidiano e as

relações entre os índios Tupinambás, a partir de registros e documentos dos séculos XVI e XVII descritos pelos viajantes europeus, as meninas Tupinambás desde cedo aprendiam a realizar as tarefas domésticas, a manter-se em silêncio e seguir os desígnios dos homens. Após o casamento, as índias andavam acompanhadas dos maridos, carregando todos os utensílios necessários para a alimentação de seus maridos (RAMINELLI, 2006).

No período de gravidez, as índias não deixavam de trabalhar até o momento do parto, quando chegada a hora de parir, sentavam-se até o nascimento. Depois que a criança nascia, a mulher Tupinambá continuava as suas atividades domésticas, enquanto que seus maridos, ficavam de cama esperando os cumprimentos da aldeia. Em idades avançadas, a morte de um velho guerreiro, significava comoção total, com homenagens e enobrecia seus filhos e parentes. Já o falecimento de uma velha indígena, não causava comoção na aldeia (RAMINELLI, 2006).

Vale ressaltar que estes costumes variam entre diferentes tribos indígenas, e que os viajantes que descrevem as relações cotidianas dos nativos citadas acima, o fazem sob a perspectiva típica da tradição cristã e pouco se preocupam com as particularidades dos nativos indígenas, enxergavam os Tupinambás pelo viés europeu e muitas vezes julgavam suas crenças e valores (RAMINELLI, 2006).

No período colonial, com a vinda dos portugueses ao Brasil, se estabeleceu a exploração das riquezas da região, em que tomaram as terras e as mulheres. Os colonizadores mantinham relações sexuais com as índias, que sofreram dois tipos de violência, a do processo de colonização e a violência sexual praticada pelos colonizadores. Posteriormente as escravas vindas da África para trabalhar nos engenhos e casas dos senhores também vivenciaram vários tipos de violência; ambas eram vistas como objetos sexuais e mão-de-obra barata (DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000; SCHUMAHER, 2000).

As mulheres negras escravizadas trabalhavam na lavoura, engenhos de açúcar, cuidando dos doentes nas senzalas, ou nas casas dos senhores de engenhos, como amas de leite e mucamas. As escravas sofriam humilhações e eram usadas para satisfazer os desejos sexuais de seus senhores, como objetos sexuais e muitas não resistiam, praticando suicídio ou fugindo (CAPRA; BERGAMO, 2010).

Para as mulheres brancas vindas de Portugal e de classes mais elevadas, a relação de dependência e obediência começava no âmbito familiar, onde o pai a mantinha até negociar um bom casamento e passava para o marido a

responsabilidade de zelar pela mulher. O corpo da mulher era o patrimônio da família, por isso deveria ser bem zelado, e assim obter um bom casamento (CAPRA; BERGAMO, 2010).

Com a vinda da família Real para o Brasil, as mulheres que estavam tão restritas ao ambiente doméstico, passaram a frequentar os espaços públicos da sociedade, como as ruas, indo aos teatros, bailes e salões. Nesse período surgiram lojas que tinham como principais frequentadores as senhoras integrantes da elite imperial (SOUZA, 2007).

No século XIX a sociedade brasileira passou por grandes transformações, entre elas a ascensão da burguesia, o aumento da vida urbana e o surgimento de uma mentalidade burguesa, que reorganizou a vivência familiar e as atividades femininas. O autor relata que neste período ocorreu o nascimento de uma nova mulher nas relações da família burguesa, marcada por um sólido ambiente familiar, lar acolhedor, filhos educados e esposa dedicada (D'INCAO, 2006).

O sucesso das famílias passa a depender também das mulheres, em que os homens eram bastante dependentes da imagem que suas mulheres pudessem traduzir para o restante da sociedade. Eram consideradas um capital simbólico importante, embora a autoridade se mantivesse nas mãos masculinas, as mulheres cuidavam da imagem do homem público (D'INCAO, 2006).

Somente na década de 1960 com o início das lutas feministas, na busca da valorização da mulher e redução das desigualdades sociais, baseadas no gênero, grupos em defesa das minorias começam a se mobilizar em busca de maiores igualdades. Não tem sido fácil tentar mudar o que para muitos é o “normal”, uma sociedade machista, patriarcal e que as mulheres devem ser oprimidas e dominadas pelo sexo masculino, considerado, para muitos, como o superior.

Cada direito conquistado foi a base de muita luta, o direito de ser reconhecida como ser humano e ser provida dos mesmos direitos legais que o homem tem, o acesso à educação, saúde, direito de votar, entrar no mercado de trabalho. Porém quando se verifica os altos índices de violência doméstica contra a mulheres praticada por homens, geralmente os próprios parceiros, tem-se a impressão que estes direitos conquistados não estão presentes no ambiente doméstico, onde se vive um retrocesso, com mulheres submissas e sofrendo violência dos diversos tipos, e que esta violência só acaba, quando resulta em um assassinato feminino.

3.3 Violência contra a mulher: Definições

Antes de iniciar um debate sobre as definições da violência contra a mulher, acreditamos na necessidade de elucidar sobre os aspectos de gênero, impregnados neste tipo de violência. A noção de gênero tem sido objeto de várias interpretações e discussões, por isso, não há uma definição precisa e única que possa expressar seu significado, como também as explicações para este termo, tem mudado ao longo da história, saindo do aspecto meramente biológico, para abranger os aspectos sociais e históricos.

O fortalecimento do termo “gênero”, separado do “sexo”, foi conquistado através das contribuições de autoras feministas, que consideraram o uso do “gênero” mais conveniente, em razão das conotações negativas que o termo “sexo” traz para as mulheres, como a subordinação, dobro de jornadas de trabalho e menores salários. Na tentativa de demonstrar que é a sociedade patriarcal a grande responsável pela subordinação feminina, e não a biologia, que por muito tempo se justificou essa subordinação e violência contra a mulher, através das diferenças biológicas dos seres (TUBERT, 2003).

Pois como afirma Simone Beauvoir, em *Le Deuxième Sexe* (O segundo sexo) - uma das mais importantes obras do feminismo: “[...] a mulher é, como o homem, um ser humano” (BEAUVOIR, 1970, p. 17). Mesmo considerando a abstração de sua afirmação, em que cada ser é único e se situa de modo singular no universo, mas que devem ser providos dos mesmos direitos, e não estar sujeitos a discriminação pelo fato de pertencerem ao sexo feminino.

Uma das primeiras ideias do feminismo, trouxe a distinção entre masculino e feminino baseada num determinismo biológico. Esta corrente supõe que as vidas e características dos seres são determinadas pelas características dos corpos, por isso a dualidade no uso dos termos “sexo” e “gênero”, e as fortes críticas em torno destes conceitos. Porém, ainda que as sociedades tenham estabelecido uma divisão entre homens e mulheres como fundamental e que esta divisão esteja relacionada ao corpo, os sentidos, a atribuição de significados e valores dos corpos mudam através do tempo e das comunidades. Não é de certo uma conclusão de identidades de gêneros e sexos da mesma forma, em qualquer cultura ou qualquer época (NICHOLSON; SOARES; COSTA, 2000).

As feministas da segunda fase do movimento, procuraram se afastar do determinismo biológico, estendendo o significado do termo gênero para se referir as inúmeras diferenças entre homens e mulheres expostas na personalidade e no comportamento. Aproximaram-se de uma perspectiva de construção social dos sujeitos, porém, mantiveram a premissa de que a construção social ocorre sobre um corpo ou a partir de um corpo. Isto significa colocar em questão a existência inicial do campo biológico no contexto de uma cultura e as linguagens que esta cultura dispõe (LOURO, 2007).

No âmbito da antropologia cultural, Gayle Rubin, na tentativa de explicar esses termos, distinguindo a dualidade sexo e gênero, lança em seu livro: *"The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex"*, a expressão "sistema sexo-gênero", em que o biológico é a base sobre a qual os significados culturais são construídos (RUBIN, 1975).

Para Simone Beauvoir, em um dos capítulos do seu livro - *Le Deuxième Sexe* - que traz explicações sobre o feminino, a partir do ponto de vista da psicanálise, destaca: "Não é a natureza que define a mulher" e "A mulher é uma fêmea na medida em que se sente fêmea". Dentro desta perspectiva, a autora aborda o feminino como produto da cultura, sem uma determinação biológica que interfira na identificação do gênero. Nega a diferença entre homens e mulheres inclusos na dualidade sexual e rejeita a ordem natural (BEAUVOIR, 1970, p. 59).

Para a autora Joan Scott (SCOTT, 1989), gênero é debatido como uma categoria analítica e histórica, e traz a definição do termo baseada em duas proposições: "gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos", e o "gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder". Sem dissociar o contexto histórico e social em que as relações entre os seres acontecem e ainda traz para o debate as relações de poder existente nesse conflito de relações de gênero.

A proposição coloca gênero no âmbito da cultura, da história e das relações sociais, implicados com o poder, nos campos onde ele se exercita e passa. Porém, deixemos claro que as relações de poder não podem ser explicadas unicamente na perspectiva de gênero, ele se exercita a partir de muitos pontos e inúmeras direções (SCOTT, 1989).

Entendemos da necessidade de deixar claro as várias perspectivas que o termo gênero traz, e todas as discussões ao longo da história para tentar ampliar seu

conceito, enfatizamos ainda, que trabalharemos sob a perspectiva de violência contra a mulher pautada nas diferenças entre o feminino e masculino, que tem sido o centro de várias formas de opressão e discriminação contra a mulher.

Atualmente existem variadas definições para a violência doméstica contra a mulher, tal violência emerge de questões de alteridade e desigualdades baseadas entre os sexos feminino e masculino, iniciadas ainda no contexto familiar e revela a existência do controle social sobre os corpos, sobre a sexualidade e sobre as mentes femininas, mostrando a inserção desigual de homens e mulheres na estrutura familiar, no convívio social e a manutenção das estruturas de poder e dominação arraigadas na ordem patriarcal (BANDEIRA, 2014).

Constitui-se em um fenômeno social persistente, é manifestado como forma de estabelecer relações de submissão ou de poder, gerando medo, isolamento e intimidação para a mulher. Sendo uma ação que envolve uso da força real - por agressões de qualquer tipo, ou potencial - por intimidação e manipulação, que tem como finalidade submeter o corpo e a mente de alguém à vontade do outro (BANDEIRA, 2014).

Em 1960, surgem os primeiros estudos sobre violência, com discussões acerca da violência intrafamiliar, que traz a criança como a pessoa agredida e a mãe como a agressora. Até então as questões de gênero eram pouco discutidas. Em 1970, foi criado o termo violência contra a mulher, a partir do movimento feminista internacional, apontando a violência como uma violação dos direitos da pessoa. Em 1980, o campo da saúde adotou a terminologia violência doméstica, mostrando a ligação entre a violência intrafamiliar e a violência contra a mulher (SCHRAIBER et al., 2010).

Na violência intrafamiliar e na violência contra a mulher verifica-se que grande parte das agressões que as mesmas sofrem são oriundas de conflitos interpessoais, que geralmente possuem vínculos afetivos ou profissionais, que geram constrangimento e vergonha da exposição, conseqüentemente se tornam invisíveis na sociedade e contribuem para a complexidade do fenômeno (BANDEIRA, 2014).

Na convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, realizada no ano de 1994 em Belém do Pará, promulgada pelo decreto nº. 1.973 de 1996, define violência contra a mulher como 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).

A lei Maria da Penha, promulgada em 2006, define violência física como qualquer conduta que ofenda a integridade corporal da mulher; violência psicológica como qualquer conduta que cause dano emocional ou à autoestima; e a violência sexual como qualquer conduta que a obrigue a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada (BRASIL, 2006).

O termo feminicídio é utilizado para designar os assassinatos de mulheres, por questões de gênero, caracterizado como o resultado de um contínuo de terror, de numerosas agressões e manifestações de violência, não sendo algo isolado ou pontual. No ano de 2015, com a sanção da lei 13.104 que altera o código penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e incluí-lo no rol de crimes hediondos, caracterizado como um crime cometido contra a mulher pela razão de pertencer ao sexo feminino (BRASIL, 2016).

3.4 As lutas feministas e a legislação sobre a violência contra a mulher

A subordinação feminina na sociedade, manifestada como um fenômeno milenar e universal é também compreendida como a primeira forma de opressão na história da humanidade. Somente a partir do século XVIII, tem início o surgimento de uma consciência crítica, acerca da opressão feminina e os movimentos de emancipação de libertação da mulher. Um dos primeiros documentos feministas que se tem registrado data de 1792 em que a jornalista Mary Wollstonecraft denunciou a situação de subordinação das mulheres (SARDENBERG; COSTA, 1994).

Existem diversas formas de entender o feminismo no Brasil e no mundo, na tentativa de distinguir o feminismo enquanto ideologia e movimento social, e considerando as várias correntes de feministas. Como doutrina, o feminismo prioriza a igualdade entre os sexos e busca uma identidade para a mulher, o seu real papel na sociedade e apesar, dos movimentos feministas serem essencialmente formados por mulheres, nem todos os movimentos de mulheres se estruturam em torno de uma doutrina feminista (SARDENBERG; COSTA, 1994).

Em cada país e em cada época, as lutas feministas adquiriram histórias diferentes, visto que a subordinação da mulher não ocorre da mesma forma ou no mesmo nível de intensidade em todas as sociedades, épocas ou classes sociais. Da mesma forma, a percepção das mulheres sobre essa situação de subordinação e dominação em que estão submetidas é diferente em cada época ou lugar. Podendo

estar consciente da opressão e querer transformá-la, ou simplesmente acreditar que o “normal” é viver essa opressão e dominação (SARDENBERG; COSTA, 1994).

Essa cultura de dominação perpetrada na sociedade desde a antiguidade, faz com que as mulheres não se coloquem autenticamente como sujeitos, suas ações são consideradas como atos simbólicos de lutas de igualdade, porém, só ganharam o que os homens concordaram em lhes conceder (BEAUVOIR, 1970). A dominação não é somente por parte da figura masculina, a mulher se deixa dominar, por acreditar que deve ser submissa ao homem e acreditar ser inferior a ele. Essa cultura é uma das explicações para tantos casos de violência ao longo da história e que permanecem até os dias atuais.

O movimento feminista veio propor uma discussão sobre o papel da mulher na sociedade, suas relações familiares, trabalhistas, responsabilidades sexuais e reprodutivas, políticas públicas e, principalmente, das relações interpessoais, originando uma nova identidade para a mulher.

Em busca de uma profunda transformação na sociedade, o feminismo trava uma luta ideológica contra os valores patriarcais socialmente construídos ao longo da história entre os sujeitos envolvidos. Para as mulheres, é a busca pela ruptura dessa longa história de dominação e o descobrimento de suas próprias potencialidades que permaneceram oprimidas por tanto tempo (SARDENBERG; COSTA, 1994).

Entre todos os movimentos sociais ocorridos na segunda metade do século XX, o movimento feminista foi um dos que acarretou propostas de mudanças reais no tocante às diferenças entre homens e mulheres, associado à promulgação da declaração universal dos direitos humanos que declara igualdade a todo ser humano, sem distinção de raça, sexo, cor, ou qualquer outra condição (UNICEF, 2016).

Trata-se de um movimento social, filosófico e político, para buscar a igualdade entre homens e mulheres, o empoderamento feminino e a libertação de padrões opressores, preconceituosos e discriminatórios contra as mulheres. No Brasil, o movimento foi marcado por três momentos: o primeiro direcionado ao direito ao voto, educação e trabalho, o segundo caracterizado pela liberação sexual e o terceiro com a luta sindical e contra a ditadura militar, tendo início no final da década de 60 (CASTRO; MACHADO, 2016).

Em cada corrente feminista havia objetivos diversos, porém em todas as correntes o debate comum era pautado na subordinação da mulher. Entre os movimentos, havia as feministas liberais que buscavam o direito ao voto e acesso ao

trabalho. As socialistas buscavam o acesso à educação e o desenvolvimento aos menos favorecidos, e as anarquistas e marxistas, debatiam sobre uma mudança nas estruturas de matrimônio e família (ELÓSEGUI, 2002). No Brasil, o feminismo também assumiu várias formas de luta e diversas facetas. Já se mostrou sufragista, anarquista, socialista, comunista, burguês e reformista. Lutas que têm acompanhado o processo histórico do país (SARDENBERG; COSTA, 1994).

A criação dos espaços de diálogo sobre os direitos das mulheres, com as convenções, decretos e conferências mundiais realizadas constituem um arcabouço para a conscientização da sociedade sobre as questões de gênero.

A primeira Conferência Mundial sobre as mulheres aconteceu no México em 1975, a partir desta conferência foi declarado o período de 1975-1985 como a Década da Mulher. A conferência também trazia como tema central a “Igualdade, desenvolvimento e Paz”, na tentativa de se alcançar a igualdade entre homens e mulheres e eliminar a discriminação por motivos de gênero. No plano de ação desenvolvido, estabeleceu-se metas que objetivavam a igualdade de garantia para homens e mulheres de acesso à educação, trabalho, saúde, participação política, planejamento familiar e alimentação (ONU, 1976).

Impulsionada por esses debates, a ONU aprova a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) em 1979 promulgada pelo decreto nº. 89.460/84, considerada como o ápice dos esforços internacionais para a proteção e promoção dos direitos das mulheres de todo o mundo, as frentes propostas foram: promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra as mulheres nos Estados-parte (PIMENTEL, 2006).

Este foi o primeiro tratado internacional ao dispor sobre os direitos das mulheres, que busca promover a igualdade de gênero e a repressão às discriminações contra a mulher. A primeira declaração foi criada em 1967, porém não se efetivou e não se estabeleceu obrigações para os Estados. A Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher foi adotada pela Assembleia Geral em 1979 e promulgada pelo decreto nº. 89.460 de 1984 (BRASIL, 1984; PIMENTEL, 2006). A convenção concordou que:

A expressão *discriminação contra a mulher* significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher independentemente de seu estado civil com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos:

político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (BRASIL, 1984).

Na convenção, os Estados-parte se comprometem a adotar medidas para a eliminação da discriminação contra a mulher, entre tais medidas, garantir igual remuneração e benefícios no ambiente de trabalho, igual acesso a formação profissional, acesso aos serviços de saúde e outros aspectos do convívio social (BRASIL, 1984).

Na segunda conferência Mundial, em Copenhague no ano de 1980, onde são avaliados os progressos da primeira conferência e debatidos os temas: “Educação, Emprego e Saúde”, a partir desta conferência se debate a igualdade de oportunidades reais entre mulheres e homens (ONU, 1980).

Em 1985 ocorreu a terceira Conferência Mundial da mulher em Nairobi, realizada para avaliar os resultados da Década da mulher, onde foi colocado a necessidade de incorporação das mulheres em todos os âmbitos da sociedade e assinalaram medidas de caráter jurídico, medidas para alcançar a igualdade na participação social e medidas para alcançar a igualdade na participação política e lugares de tomada de decisão (ONU, 1986).

Em 1994, realizou-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como Conferência do Cairo, decisiva e considerada um marco na evolução dos direitos das mulheres, especialmente na capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida. A partir desta conferência passou-se a reconhecer a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos. Nesta perspectiva, delegados de todas as regiões e culturas concordaram que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero. Estabeleceu-se três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, especialmente para as meninas; e o acesso universal a uma gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar (PATRIOTA, 2006).

A maior e mais importante conferência mundial realizada foi a IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, pois foi a conferência que reuniu o maior número de participantes, pelo enfoque na promoção da saúde e pelo avanço conceitual que obteve. Permitiu avaliar os resultados das conferências anteriores: (Nairobi, 1985; Copenhague, 1980; e México, 1975) e permitiu

identificar 12 áreas prioritárias para a adoção de medidas, entre elas a violência contra a mulher (VIOTTI, 2016).

A Plataforma de Ação da conferência, que visa orientar os governos para a formulação de políticas e programas, consagrou três inovações conceituais, que foram o conceito de gênero de forma ampliada à noção biológica; a noção de empoderamento feminino para que a mulher adquira o controle do seu desenvolvimento; e a transversalidade para assegurar que a perspectiva de gênero esteja integrada nas políticas públicas em todas as esferas governamentais (VIOTTI, 2016).

Em uma pesquisa divulgada pelo Banco Mundial em 2016 intitulada: “Mulheres, Empresas e o Direito” afirma que de 173 países analisados, 46 não têm legislação específica de proteção às mulheres contra a violência doméstica, dentre estes países que não dispõem de legislação específica estão: Haiti, Mianmar e Afeganistão, Armênia, Federação Russa e Uzbequistão. Em 100 economias, as mulheres enfrentam restrições ao emprego baseadas no gênero e em 18 economias, os maridos podem legalmente impedir que suas mulheres trabalhem (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2015).

No Brasil, a lei específica que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher é a Lei 11.340, promulgada em 2006 e conhecida como Lei Maria da Penha, em referência a história da farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes, que sofreu duas tentativas de assassinato por seu ex-marido, vítima de um tiro que a deixou paraplégica e quase perdeu a vida após uma armadilha para eletrocutá-la no chuveiro elétrico, justificado pelo agressor como crime passionai (BRASIL, 2006; UCHOA, 2016).

A lei Maria da Penha já prevê medidas protetivas para a mulher que sofre violência doméstica e a criação de serviços especializados para atendimento dessas vítimas. Reforçando a responsabilidade dos governos em implementar políticas de enfrentamento à violência contra a mulher (SILVA et al., 2011). Até o ano de 2003, apenas as Casas-Abrigo e as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) eram as principais respostas dos governos para o enfrentamento da violência contra as mulheres (BRASIL, 2011).

Em 2003, com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) que tem como objetivo promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade

patriarcal e excludente; as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram ampliadas e passaram a incluir ações de prevenção, de garantia de direitos e inclusive de responsabilização dos agressores. A rede de atendimento passou a compreender outros serviços como: centros de referência da mulher, defensorias da mulher, promotorias da mulher ou núcleos de gênero nos Ministérios Públicos, juizados especializados de violência doméstica e familiar contra a mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), entre outros (BRASIL, 2011).

Há diferença entre os termos Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e Rede de atendimento às mulheres em situação de violência, em que a Rede de enfrentamento se refere a atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Portanto, a rede de enfrentamento é composta por: agentes governamentais e não-governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres (organismos de políticas para as mulheres, ONGs feministas, movimento de mulheres, conselhos dos direitos das mulheres, outros conselhos de controle social; núcleos de enfrentamento ao tráfico de mulheres, etc.); serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades; órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (habitação, educação, trabalho, seguridade social, cultura) e serviços especializados e não-especializados de atendimento às mulheres em situação de violência (que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência) (BRASIL, 2011).

Já a Rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2011).

Logo, a rede de atendimento é dividida em serviços não-especializados, compostos por hospitais gerais, serviços de atenção básica, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social, Centros de Referência Especializados de Assistência Social, Ministério Público e defensorias públicas. Assim como, por serviços especializados, constituídos por Centros de

Atendimento à Mulher em situação de violência, Casas Abrigo, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Ouvidoria da Mulher e inúmeros outros (SILVA et al., 2011).

É notório a magnitude que a violência doméstica tem adquirido ao longo do tempo, tanto em relação ao número de casos, que tem crescido, quanto às ações governamentais para tentar erradicar a violência e as formas de discriminação contra a mulher. Porém, apesar de ter conquistado maior espaço na sociedade, as mulheres ainda sofrem os estigmas do passado, de subordinação e submissão à figura masculina, o que tem culminado em grandes violências por todo o país e pelo mundo.

3.5 A vulnerabilidade feminina frente a violência doméstica

Há diversos fatores que colaboram para que a mulher se torne mais vulnerável a sofrer violência doméstica. Neste caso, a vulnerabilidade conceituada como um conjunto de fatores que vão além do individual, que abrange aspectos coletivos e contextuais e supera o caráter individual e probabilístico que o conceito de risco traz. Logo, o conceito de vulnerabilidade pensado por Ayres et al. (2003), envolve: o componente individual, social e o programático, citado a seguir:

- componente individual: envolve a qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre o problema, capacidade de incorporar essas informações em repertórios de preocupações e transformá-las em ações protetoras.
- componente social: depende do acesso aos meios de comunicação, escolarização, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livres de repressões violentas, para obter informações e poder incorporá-las às mudanças práticas.
- componente programático: estão envolvidos os recursos sociais que os indivíduos necessitam para se proteger dos eventos adversos, com disponibilização democrática e efetiva a todos e políticas públicas efetivas pautadas na prevenção dos eventos.

No campo da intervenção e prevenção dos agravos, Ayres et al. (2003) traz o conceito de redutores de vulnerabilidade, que procura ampliar o plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas. Dessa forma, a abordagem de redução da vulnerabilidade assume uma responsabilidade que vai além de alertar o indivíduo sobre o problema, mas de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando individualmente informados. É

preciso que o indivíduo saiba como se proteger e se mobilize para que as situações que o torna suscetível ao agravo seja transformada, o que torna claro, a articulação intersetorial para se atingir a redução da vulnerabilidade.

No contexto da violência doméstica contra a mulher, reduzir a vulnerabilidade das mulheres agredidas é mais do que torná-las conscientes dos atos violentos, mas, depende de aspectos culturais, sociais, políticos, econômicos, e se faz necessário o envolvimento de diversos setores, como a saúde, a justiça, a segurança pública, entre outros.

Atualmente existem modelos teóricos que tentam descrever os fatores de vulnerabilidade e de proteção para a violência contra a mulher, inclusive os que se baseiam em conceitos biológicos, psicológicos, culturais e de igualdade de gênero. Cada um desses modelos contribui para um melhor entendimento da violência e ajuda a construir programas que objetivam a redução de vulnerabilidade e o fortalecimento dos fatores de proteção.

No modelo proposto por Heise (1999) (Figura 2) a violência contra a mulher é resultado da interação de fatores de diferentes níveis do ambiente social. Fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais, cada um representado por um círculo no modelo e estão envolvidos um ao outro, o que demonstra a interação de cada um.

- Os fatores individuais representam as experiências pessoais de cada indivíduo, como ter presenciado ou ter sofrido violência na infância, ter um pai ausente, uso frequente de álcool e dependendo do suporte emocional de cada pessoa, estes podem ser fatores predisponentes da violência na vida adulta.

- O círculo relacional representa o contexto imediato em que a violência acontece, frequentemente na família, ou em relações de afeto e tendo os conflitos conjugais como preditores da violência e o homem como controlador das decisões familiares.

- O terceiro círculo, de nível comunitário representa as instituições e redes de apoio, na qual as relações são incorporadas, seja o trabalho, a vizinhança e os grupos sociais. O isolamento social e a falta de apoio, associado a convivência com grupos que toleram a violência contra a mulher, predispõem taxas mais elevadas deste tipo de violência.

- E por fim, o círculo do nível social que representa o meio social e a cultura, que como já relatado anteriormente somos indivíduos construídos social, histórico e culturalmente, e esses fatores estão presentes nas nossas relações interpessoais e

na forma como nos relacionamos. Assim, a violência contra a mulher se torna mais frequente onde os papéis de gênero são rigidamente construídos e onde a cultura de dominação do homem sobre a mulher é tolerada.

Figura 2 - Modelo ecológico dos fatores associados à violência contra a mulher.



Fonte: HEISE, 1999. Tradução de: DAHLBERG; KRUG, 2006.¹

Quando se trata do eixo programático citado por Ayres et al. (2003), pensa-se nas ações governamentais para punir, combater e prevenir os mais variados tipos de violência, e quais os recursos sociais e as políticas públicas oferecidas à mulher para enfrentar tais situações. De fato, a violência não é um tema fácil de ser tratado, por envolver tantos aspectos, é uma luta diária na busca do empoderamento feminino, e maior conscientização da sociedade.

Assim, ao se pensar na violência contra a mulher, constata-se que os fatores que a tornam suscetíveis vão além dos aspectos individuais. Há questões de gênero envolvidas, que favorecem uma violência simbólica, não percebida, ou quando percebida, aceita e fatores de ordem econômica, como renda, escolaridade, que fazem com que as mulheres permaneçam nessas relações agressivas.

¹ DAHLBERG, L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de natureza exploratória, de corte transversal e descritivo. Estudos exploratórios permitem aumentar a aproximação do pesquisador com o fenômeno estudado para modificar ou esclarecer conceitos já existentes. Pesquisas descritivas permitem a descrição de determinados fenômenos, suas características e a relação entre as variáveis (MARCONI; LAKATOS, 2003; GIL, 2008).

Estudos transversais permitem a observação de causa e efeito dos fenômenos, produzindo indicadores da situação de saúde ou de determinados fenômenos ocorridos na população, realizados a partir de amostras que possam representar uma totalidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Tais estudos pretendem estimar a magnitude de uma enfermidade ou uma situação de interesse no processo saúde-doença em uma população. Permite também testar relações causais entre uma variável de exposição e variáveis de desfecho. As vantagens de um estudo transversal são a rapidez, a facilidade de execução, de análise e o baixo custo e as limitações são: não medir a incidência, não são apropriados para doenças de baixa prevalência e de curta duração (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

4.2 Local da pesquisa

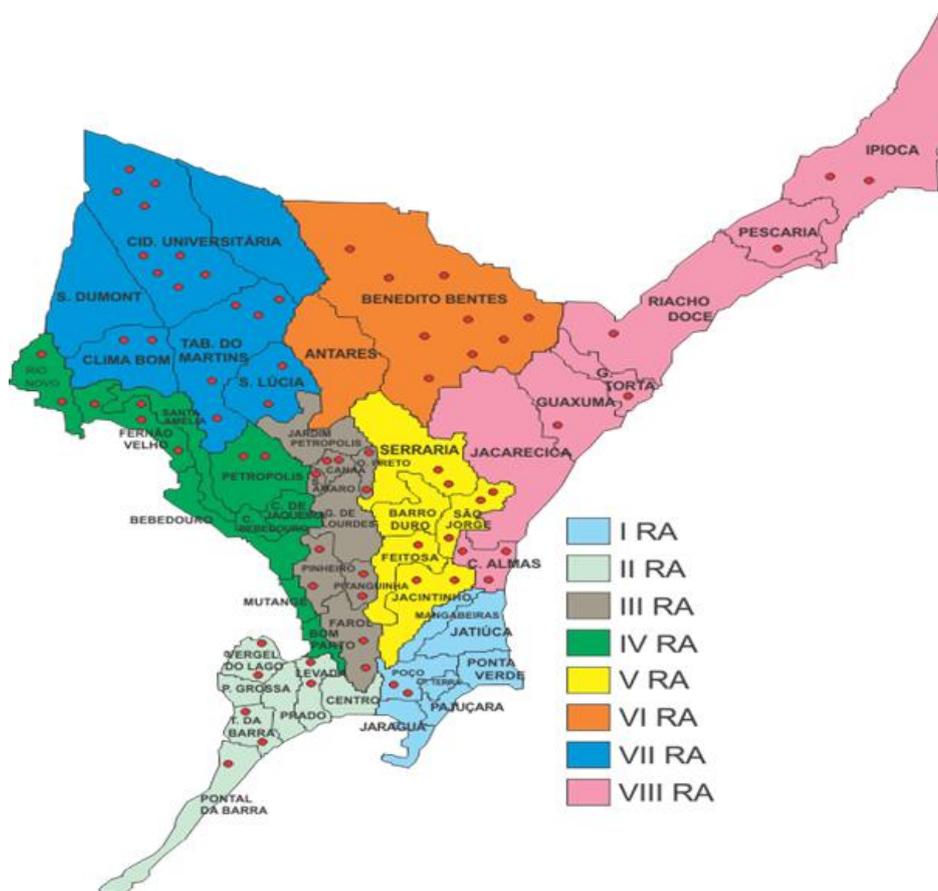
A pesquisa foi realizada em nove unidades básicas de saúde dos oito distritos sanitários do município de Maceió-Al. O município está localizado na região litorânea do estado de Alagoas, situado no nordeste do Brasil, tem área de 509,876 km e população de 932.748 habitantes. Maceió é dividida em 8 distritos sanitários ou regiões sanitárias, que contemplam os 50 bairros do município, de acordo com a Lei Municipal nº 5.489 de 30 de dezembro de 2005. A figura 3 mostra a divisão dos distritos por bairro e a figura 4 mostra essa distribuição de forma cartográfica (PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, 2014).

Figura 3 - Bairros por regiões administrativas/Distritos sanitários da cidade de Maceió – AL.

RA 1	RA 2	RA 3	RA 4	RA 5	RA 6	RA 7	RA 8
Poço	Centro	Farol	Bom Parto	Jacintinho	Benedito Bentes	Santos Dumont	Cruz das Almas
Jaraguá	Pontal da Barra	Pitanguinha	Mutange	Barro Duro	Antares	Cidade Universitária	Jacarecica
Ponta da Terra	Trapiche da Barra	Pinheiro	Bebedouro	Serraria		Santa Lúcia	Guaxuma
Pajuçara	Prado	Grita de Lourdes	Chã de Bebedouro	São Jorge		Tabuleiro dos Martins	Garça Torta
Ponta Verde	Levada	Canaã	Petrópolis	Feitosa		Clima Bom	Riacho Doce
Jatiúca	Vergel do Lago	Santo Amaro	Chã da Jaqueira				Pescaria
Mangabeiras	Ponta Grossa	Jardim Petrópolis	Santa Amélia				Ipioca
		Ouro Preto	Fernão Velho				
			Rio Novo				

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, 2014.

Figura 4 - Mapa da distribuição dos distritos sanitários de Maceió – AL e a cobertura da Estratégia Saúde da família. Maceió – AL.



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ, 2014.

4.3 Amostra

A amostra foi calculada com base na população de mulheres que estiveram grávidas no ano de 2014, disponibilizado no Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, considerando um intervalo de confiança de 95% e um erro de amostragem de 5%, com uma proporção de prevalência máxima de 76% e mínima de 27,5% de casos de violência estimada em estudos já realizados por Naved (2013), Usta; Farver; Pashayan (2007), Marinheiro; Vieira; Souza (2006) e Silva; et al. (2010). O que resultou em uma amostra de 247 mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde de Maceió – Al.

A partir do cálculo amostral foi realizada a estratificação da amostra com base no número de mulheres que estiveram grávidas em cada distrito sanitário. Com base na estratificação, chegou-se ao número de mulheres entrevistadas em cada distrito sanitário, como mostra a tabela abaixo (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição das unidades de saúde pesquisadas e números de entrevistadas. Maceió. 2016.

Distrito Sanitário	Unidade Básica de Saúde	Total de entrevistadas	%
I	USF Vale do Reginaldo	8	3
II	USF Durval Cortez	31	13
III	USF Pitanguinha	19	8
IV	USF Fernão Velho	18	7
V	USF Novo Mundo/USF José Araújo	28	11
VI	USF Selma Bandeira	47	19
VII	USF Rosanne Collor	63	25
VIII	USF Pescaria	33	14
TOTAL		247	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

4.3.1 Seleção das Unidades

Foi realizado um estudo de agregado institucional, este tipo de estudo utiliza-se de organizações coletivas de qualquer natureza como unidade de informação (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2014). Desta forma utilizamos como referência de unidade de informação os serviços de saúde de atenção básica que utilizam a estratégia saúde da família na cidade de Maceió.

A escolha das unidades de saúde foi obtida por sorteio. Em algumas unidades de saúde, sorteadas *a priori*, não foi possível realizar a pesquisa por condições de

infraestrutura, como período de reforma das unidades, tornando-se necessário realizar novo sorteio. No 5º distrito sanitário após o início da coleta de dados, a unidade foi interditada por questões de infraestrutura, necessitando de novo sorteio para este distrito.

4.3.2 Seleção das Entrevistadas

As entrevistadas foram escolhidas por conveniência, no momento em que chegavam às unidades de saúde para algum atendimento e nas filas da sala de vacinação.

4.4 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa mulheres usuárias de nove unidades de atenção básica de saúde, residentes no município de Maceió – Al, na faixa etária entre 18 a 49 anos de idade.

Os critérios de inclusão foram: mulheres em atendimento nas unidades básicas de saúde pesquisadas ou no domicílio, com idade entre 18 e 49 anos, o que representa a maioridade civil, que tivessem parceiro íntimo (namorado, amante, esposo) na ocasião da entrevista e/ou residisse em domicílio com pai, padrasto, irmão ou agregado familiar, configurando a violência baseada em gênero praticada pelo sexo masculino e ter estado grávida entre 2014 e 2015, para justificar a escolha do instrumento de pesquisa, e com base no cálculo do tamanho da amostra, utilizado o número de gestantes do período.

Foram excluídas da pesquisa mulheres em período gestacional e mulheres com limitações psicológicas ou emocionais que inviabilizavam a realização da entrevista e mulheres em relações homo afetivas.

4.5 Aspectos éticos

A elaboração e execução do estudo está pautada sobre a Resolução Nº 466/2012 que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para a sua execução, sob o parecer de número: 53083415.8.0000.5013 de 17/03/2016. (ANEXO A).

Foi fornecido a todas as participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) (ANEXO B) para assinatura em duas vias, uma via entregue à entrevistada e a outra ficou em posse da pesquisadora.

Em respeito a confidencialidade foi mantido o sigilo das mulheres participantes do estudo, durante toda a pesquisa. No entanto, há o comprometimento em divulgar na literatura científica os resultados desta pesquisa, sem a identificação individualizada das participantes.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável e um grupo de seis voluntários, compreendidos entre enfermeiras e estudantes de enfermagem do 4º ano, que foram previamente treinados sobre o objeto de estudo, objetivos e instrumentos de pesquisa, por um período de três semanas antecedentes à coleta.

As entrevistas foram realizadas no período de julho a novembro de 2016, em sua maioria no período da manhã, pela característica de demandas das unidades; o contato com as entrevistadas foi realizado nas próprias unidades de saúde sorteadas e no domicílio, com a colaboração dos agentes comunitários de saúde.

Foram fornecidas às participantes as informações pertinentes ao estudo enfatizando a confidencialidade da pesquisa e a importância de sua realização. Nessa ocasião, foi apresentado o TCLE para assinatura em duas vias. Devido à complexidade do tema e a situação de vulnerabilidade em que as vítimas se encontram foram adotados alguns cuidados durante as entrevistas, como a adoção de um ambiente calmo e seguro para promover a privacidade das participantes e as entrevistas foram realizadas individualmente, garantindo o sigilo na identificação das participantes.

Devido a infraestrutura de algumas unidades, ficou impossibilitada a realização da entrevista em uma sala com portas e fechaduras, para isso foi reservado um local afastado da sala de espera para realização da entrevista, com o pesquisador adotando tonalidade de voz mais baixa. A abordagem para seleção das entrevistas foi

realizada de pessoa a pessoa, explicando do que se tratava a pesquisa, para não causar exposição e constrangimento das participantes. Os formulários de pesquisa foram preenchidos pelos pesquisadores a partir das respostas das entrevistadas.

Na ocorrência de violência doméstica atual, a participante era informada da possibilidade de repasse das informações à unidade de saúde, mediante seu livre consentimento e assinatura do termo específico para este fim (APÊNDICE A), para que os profissionais, cientes da situação de violência que a mulher estava exposta, pudessem acolhê-las e encaminhá-las para a rede de apoio disponível.

4.7 Instrumentos de pesquisa

Foi utilizado uma versão do instrumento de pesquisa Abuse Assessment Screen (AAS) elaborado nos Estados Unidos, em 1989 e utilizado para rastrear situações de violência sofrida por gestantes e que foi traduzido e validado para o português por Reichenheim; Moraes e Hasselmann (2000) (ANEXO C). Tendo sido incluído algumas questões. A utilização do AAS permite identificar o tipo de abuso, a frequência, presença de agressão nos últimos 12 meses, os locais das agressões e quem cometeu a violência (REICHENHEIM; MORAES; HASSELMANN, 2000).

As inclusões realizadas no instrumento foram no incremento das definições dos termos: violência física, psicológica e sexual como forma de auxílio para o (a) pesquisador (a) e esclarecimento da entrevistada. A pergunta sobre violência física e emocional foi separada em dois itens e acrescentadas perguntas sobre violência sexual alguma vez na vida, história de violência pregressa no ambiente familiar e se já conversou com alguém sobre as agressões sofridas, tendo sido testadas, para verificar a semântica e clareza das mesmas, durante o treinamento dos colaboradores.

Para caracterizar o perfil das entrevistadas em relação aos dados socioeconômicos foram utilizados um formulário estruturado elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE B) e o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB, que é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população (CCEB, 2013) (ANEXO D).

4.8 Variáveis estudadas

- Idade: anos completos na ocasião da entrevista;
- Cor/raça: auto referida;
- Estado civil: solteira; casada; viúva; divorciada; união estável;
- Escolaridade: última série concluída;
- Trabalho remunerado: sim ou não;
- Valor da renda familiar: em reais, considerando o valor vigente que é R\$ 880,00.
- Fumante: sim ou não / tempo de fumante: em anos / quantidade de cigarros por dia.
- Uso de álcool: sim ou não / tempo de ingestão: em anos / frequência de ingestão: todos os dias, às vezes, quase nunca, apenas em ocasiões especiais.
- Uso de outras drogas: sim ou não / quais;
- Idade da primeira menstruação: em anos;
- Idade da primeira relação sexual: em anos;
- Idade da primeira gravidez: em anos;
- Idade do parceiro íntimo: em anos, na ocasião da entrevista;
- Classificação CCEB: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

A violência sofrida foi investigada por tipo (psicológica, física e sexual), se atual ou passada (no último ano), se ocorrida em período gestacional, agressor: marido, ex-marido, namorado, estranho ou outro, número de vezes: de forma quantitativa ou qualitativa, local das agressões: referida a partir de uma imagem do corpo humano, se já conversou com alguém sobre os episódios de violência e o número de vezes. Para a violência pregressa, vivida na infância foi investigada a presença de episódios de violência na infância, violência sofrida pela mãe/responsável, agressões vividas na infância.

4.9 Tratamento dos dados

Devido às inclusões realizadas no questionário, foi realizado um teste de confiabilidade, garantindo que as alterações não prejudicaram a consistência e coerência interna do questionário Abuse Assessment Screen. Para isso, utilizamos o

método *Split-half*, ou método das metades partidas, ou ainda método da divisão em metades.

Consiste na divisão do questionário em duas partes iguais para comparar os resultados de ambas as partes. A comparação é feita utilizando um teste estatístico. O resultado dessa correlação será o índice de confiabilidade do questionário. Quanto mais semelhantes forem os escores, maior será a correlação e mais confiável será o questionário (MARTINS, 2006).

Para o processamento das informações, foi criado um banco de dados no Microsoft Excel® versão 2010 e inseridos as respostas das entrevistadas. Realizou-se o cálculo da taxa de prevalência de violência doméstica, para qualquer tipo e violência na vida, e para cada tipo de violência: física, sexual e psicológica. A análise dos dados ocorreu por meio do Software Estatístico SPSS versão 21®.

A análise descritiva das variáveis foi apresentada em formato de tabelas e ilustrações com as frequências absolutas (N) e relativas (%) para demonstrar as taxas de prevalência de violência, as características sócio demográficas e econômicas das entrevistadas vítimas de violência e seus parceiros.

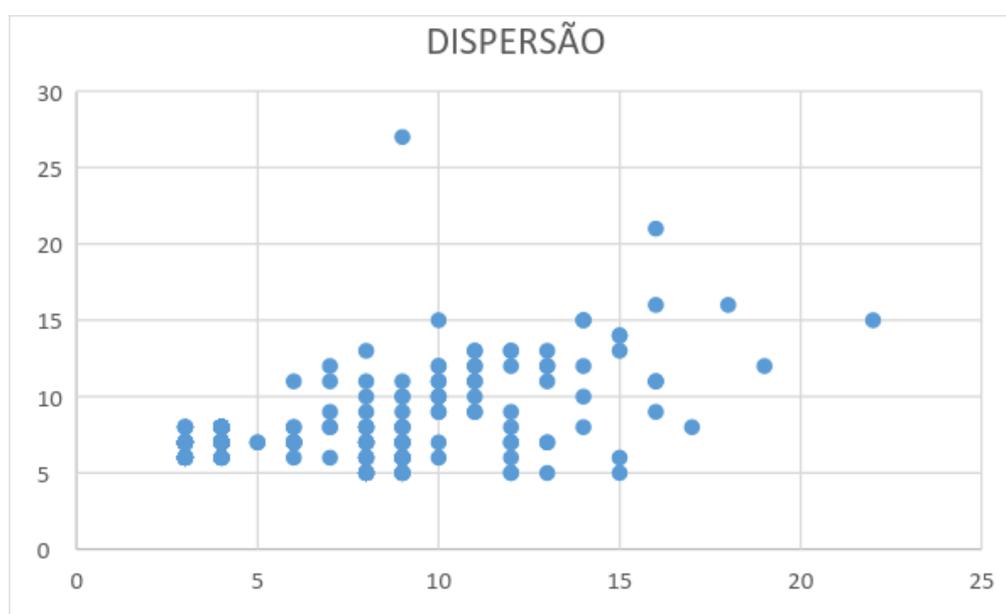
Para a análise multivariada, utilizamos o modelo de regressão logística, admitindo cada tipo de violência doméstica como a variável dependente, e os aspectos socioeconômicos como variáveis independentes para verificar a existência de associação entre as variáveis. A regressão logística permite múltiplas variáveis independentes e uma única variável dependente, que seja dicotômica, como é o caso das variáveis: violência física, violência sexual e violência psicológica, em que há apenas duas possibilidades de respostas: Sim ou Não. Trata-se de uma técnica de modelagem matemática apropriada para descrever a relação de diversas variáveis (independentes) com uma variável dependente dicotômica, exigindo amostras grandes de variáveis independentes, com tamanho mínimo acima de 60 casos (RIBAS; VIEIRA, 2011).

Para testar a significância, utilizamos o teste Qui-quadrado de Pearson, em que testa a hipótese de que a frequência dos dados se distribui de acordo com uma teoria. Nesta pesquisa, testamos se os tipos de violência estão associados com as características sócio demográficas das mulheres entrevistadas, atribuindo valor para p de: $p < 0,05$, e nível de significância de 95%. Para as variáveis de comportamento de risco e violência na infância, foi calculado o odds ratio para estimar o nível de chance da ocorrência desses eventos com os tipos de violência doméstica.

5 RESULTADOS

Para analisar a confiabilidade do questionário utilizado foi realizado a divisão do questionário entre questões pares e ímpares, o teste estatístico utilizado foi a correlação de Person, em que obtivemos o coeficiente de confiabilidade de 0,51, considerado como uma associação moderada positiva para o questionário. A figura 5 mostra a dispersão do somatório das respostas das entrevistadas.

Figura 5 - Dispersão dos resultados obtidos a partir das respostas das entrevistadas. Maceió, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Foram entrevistadas 247 mulheres usuárias de nove unidades de atenção básica de saúde, a partir de busca ativa nas unidades de saúde: Vale do Reginaldo, Durval Cortez, Pitanguinha, Fernão Velho, Novo Mundo e José Araújo, Selma Bandeira, Rosanne Collor e Pescaria. Sendo uma unidade de saúde por distrito sanitário, perfazendo os 8 distritos da cidade de Maceió, com exceção do distrito 5 que teve duas unidades pesquisadas, que por problemas de infraestrutura de uma unidade onde já havia iniciado a pesquisa, necessitamos continuar a pesquisa em outra unidade.

5.1 Prevalência da violência doméstica entre mulheres usuárias da atenção básica

Dentre as 247 entrevistas, 108 mulheres relataram algum tipo de violência doméstica na vida, taxa de prevalência (TP) de 43,72%. Ao analisar a prevalência específica por tipo de violência verificamos que a prevalência de violência psicológica foi de 37,25% (n=92), agressão física em algum momento da vida foi de 19,84% (n=49) e violência do tipo sexual 8,10% (n=20). (Tabela 2).

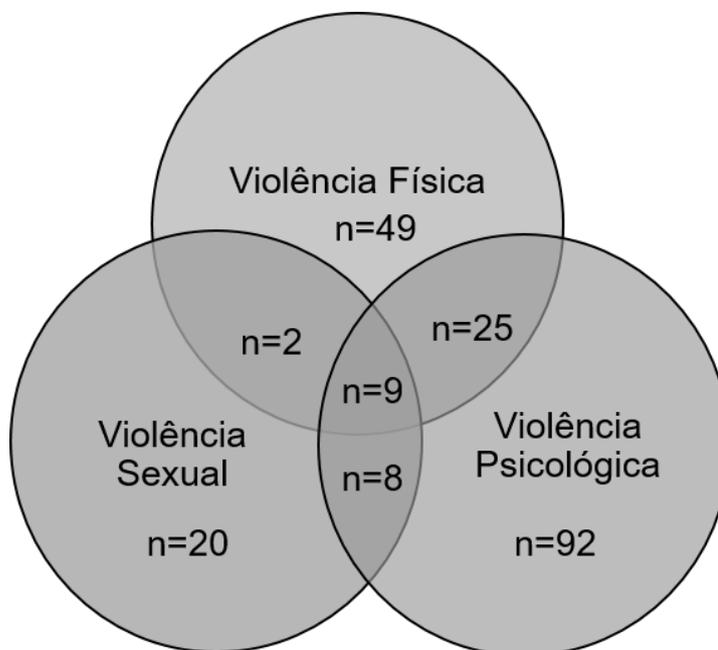
Entretanto, constatamos que um tipo de agressão predispõe a outras formas. Deste modo, há sobreposição dos tipos de violência. A maior sobreposição ocorreu entre as violências dos tipos física e psicológica, totalizando 25 (10,12%) entrevistadas e nove (3,64%) mulheres relataram a ocorrência dos três tipos de violência: física, sexual e psicológica (Figura 6).

Tabela 2 - Prevalência de Violência física, sexual e psicológica em mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.

Variável	n (247)	%
Violência Física		
Sim	49	19,84
Não	198	80,16
Violência sexual		
Sim	20	8,10
Não	227	91,90
Violência psicológica		
Sim	92	37,25
Não	155	62,75

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Figura 6 - Frequência dos casos de violência doméstica, por tipo de violência e sobreposição dos casos, em mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.



Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A tabela 3 mostra a disposição dos casos de violência doméstica detectados segundo as unidades de saúde pesquisadas, o que demonstra maior ocorrência dos casos na unidade Rosanne Collor (Distrito sanitário 7), porém, deve-se considerar a diferença no número de entrevistadas em cada distrito, que por ter sido realizado amostra estratificada do número de entrevistadas, a amostra variou em cada unidade de saúde. Ao analisar essa diferença e calcular a distribuição proporcional de violência doméstica por unidade de saúde, as unidades que se sobressaíram com valores acima ou igual a 50% foram: USF Rosanne Collor (TP de 53,96%), USF Pitanguinha (TP de 52,63%) e UFS Vale do Reginaldo (TP de 50%).

Tabela 3 - Frequência dos casos de violência doméstica e distribuição proporcional, segundo as unidades de saúde em mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde. Maceió. 2016.

USF	Número de entrevistadas	Vítimas de VD*	%	Distribuição proporcional de VD por USF
USF Rosanne Collor	63	34	31,48	53,96%
USF Pitanguinha	19	10	9,26	52,63%
USF Vale do Reginaldo	8	4	3,70	50,00%
USF Pescaria	33	16	14,81	48,48%
USF Selma Bandeira	47	21	19,44	44,68%
USF Durval Cortez	31	12	11,11	38,70%
USF Novo Mundo/USF José Araújo	28	8	7,41	28,57%
USF Fernão Velho	18	3	2,78	16,66%
Total	247	108	100	--

* Violência Doméstica

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Para a violência física o principal agressor foi o ex-marido (n=22, 44,9%), seguido do marido (n=17, 34,69%), ocasionada na frequência de 1 vez (n=12, 24,49%) e várias vezes (n=12, 24,49%). Destas 49 mulheres agredidas, 13 relataram ter sofrido violência física no último ano, praticadas, na maioria das vezes, por maridos (7) e ex-maridos (4).

Das 49 mulheres que referiram violência física, 17 (34,69%) foram agredidas no período gestacional, prevalecendo o marido como o agressor e ocasionada uma vez (Tabela 4).

Utilizando uma reprodução do corpo humano no instrumento de pesquisa, as mulheres vítimas de violência física, indicaram as áreas onde foram agredidas. Em relação ao tipo de agressão prevaleceu os tapas, empurrões, socos, chutes, manchas roxas, cortes ou dor contínua e relacionadas às áreas agredidas prevaleceram cabeça, membros superiores e inferiores. (Tabela 5).

Tabela 4 - Prevalência de violência física, Violência física no último ano, violência física na gravidez, agressor e número de agressões em mulheres atendidas nas unidades de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.

	n	%	Agressor	n	%	Número de vezes	N	%
Não	198	80,16	Ex-marido	22	44,90	1 vez	12	24,49
Sim	49	19,84	Marido	17	34,69	2 vezes	11	22,45
			Pai	4	8,16	3 vezes	7	14,29
			Irmão	2	4,08	4 vezes	1	2,04
			*Marido/Ex-marido	1	2,04	Poucas	1	2,04
			Namorado	1	2,04	**Muitas/Muitas vezes	3	6,12
			*Marido/Tio	1	2,04	Várias	12	24,49
			Recusou-se	1	2,04	**Quase sempre / Constante	2	4,08

Violência física no último ano

	n	%	Agressor	n	%	Número de vezes	n	%
Não	36	73,47	Marido	7	53,85	1	6	46,15
Sim	13	26,53	Ex-marido	4	30,77	2	2	15,38
			Irmão	1	7,69	Às vezes	1	7,69
			Recusou-se	1	7,69	**Muitas/Muitas vezes	2	15,38
						**Várias/Constante	2	15,38

Violência física na gravidez

	n	%	Agressor	n	%	Número de vezes	n	%
Não	32	65,31	Marido	10	58,62	1	9	52,94
Sim	17	34,69	Ex-marido	7	41,18	2	1	5,88
						3	1	5,88
						**Às vezes/Muitas	2	11,76
						**Várias/Frequente	4	23,53
Total	100			100			100	

* Violência praticada por dois agressores.

** Valores agrupados.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Tabela 5 - Distribuição dos tipos de agressões e locais das agressões no corpo de mulheres atendidas em unidades de saúde. Maceió. 2016.

Tipos de agressões/Locais das agressões	Cabeça	Pescoço	Tórax anterior	Tórax posterior	MMII	MMSS	Abdômen	Genitais
Ameaças de maus-tratos, agressão, inclusive com uma arma	6	5	0	3	3	6	0	0
Tapa, empurrão, sem machucar ou ferimento ou dor duradoura	22	5	1	4	8	18	6	1
Soco, chute, machucado/mancha roxa, cortes ou dor contínua	19	5	1	8	10	12	5	0
Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados	4	0	0	1	2	3	2	0
Danos na cabeça, internos e/ou permanentes	1	0	0	0	0	0	0	0
Uso de armas, ferimento por arma	2	0	1	3	1	0	0	0

*NOTA: Frequência por 48 mulheres que relataram agressões físicas no ambiente doméstico. Uma das entrevistadas se recusou a informar o local das agressões.

** Membros inferiores.

*** Membros superiores.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Na análise da violência do tipo sexual, a taxa de prevalência deste tipo de violência foi de 8,10% (n=20), perpetrada em sua maioria por ex-maridos e na frequência de 1 vez. Destas 20 mulheres, 4 sofreram violência sexual no último ano, também por ex-maridos e na frequência de 1 vez (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência de violência sexual, Violência sexual no último ano, agressor e número de agressões em mulheres atendidas nas unidades de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.

Ocorrência da violência sexual								
	n	%	Agressor	n	%	Número de vezes	n	%
Não	226	91,50	Ex-marido	6	30	1	11	55
Sim	20	8,10	Estranho	3	15	2	4	20
Recusou-se a responder	1	0,40	Marido	2	10	3	2	10
			Namorado	2	10	4	1	5
			Recusou-se	2	10	Muitas	1	5
			Amigo	1	5	Várias	1	5
			Padrasto	1	5			
			Pai	1	5			
			Primo	1	5			
			Tio	1	5			
Violência sexual no último ano								
	n	%	Agressor	n	%	Número de vezes	n	%
Não	16	80	Ex-marido	2	50	1	2	50
Sim	4	20	Marido	1	25	2	1	25
			Estranho	1	25	Várias	1	25
Total	100			100			100	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Para a violência do tipo psicológica, no primeiro momento a maioria negou sua ocorrência, entretanto quando estimuladas através da descrição e definição do que é esta violência, passaram a relatar as ocorrências. Assim, ao final, 37,25% da amostra referiu já ter sofrido este tipo de violência, cometidas pelos maridos e ex-maridos em sua maioria, e a ocorrência da violência variou de várias a poucas vezes. Em 38,04% (n=35) esta violência ainda é presente na vida das entrevistadas e abrange insultos, constrangimentos, xingamentos ou qualquer atitude verbal que inferiorize a vítima (Tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência de violência psicológica, agressor e número de agressões em mulheres atendidas nas unidades de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.

Violência psicológica	N	%	Agressores	n	%	Número de vezes	n	%	*VP atual	n	%
Não	155	62,75	Marido	52	56,52	1 vez	15	16,30	Não	57	61,96
Sim	92	37,25	Ex-marido	24	26,09	2 vezes	10	10,87	Sim	35	38,04
			Ex-namorado	4	4,35	3 vezes	8	8,70			
			Namorado	3	3,26	5 vezes	1	1,09			
			Pai	2	2,17	10 vezes	1	1,09			
			Irmão	2	2,17	20 vezes	1	1,09			
			Padrasto	2	2,17	***Poucas/Às vezes	17	18,48			
			Pai/irmão	1	1,09	*Muitas/Muitas vezes	7	7,61			
			Marido/pai	1	1,09	*Várias/Várias vezes	25	27,17			
			Marido/Ex-marido	1	1,09	*Quase					
						***Sempre/Quase todo dia	2	2,17			
						***Sempre/Constante	4	4,35			
						Todo o tempo	1	1,09			
TOTAL	247	100		92	100		92	100		92	100

* Violência Psicológica

** Violência praticada por dois agressores.

*** Valores agrupados.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

5.2 Caracterização sócio demográfica das vítimas de violência doméstica

Na caracterização sócio demográfica, as vítimas de violência doméstica entrevistadas eram jovens, entre 18 e 29 anos, de cor parda, com níveis baixos de escolaridade, em sua maioria cursaram até o fundamental incompleto, com renda familiar mensal de até um salário mínimo. Na análise estatística com o teste Qui-quadrado de Person, a variável que se mostrou significativa foi a renda familiar para a violência do tipo física (Tabela 8).

Tabela 8 - Características sócio demográficas das mulheres vítimas de violência doméstica, usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.

	Violência Física (N=49)		Valor de p*	Violência Sexual (N=20)		Valor de p	Violência Psicológica (N=92)		Valor de p
	S	%		S	%		S	%	
FAIXA ETÁRIA									
18 a 24	21	42,86		7	35		44	47,83	
25 a 29	21	42,86		9	45	0,275	28	30,43	
30 a 34	3	6,12	0,718	2	10		10	10,87	0,717
35 a 39	4	8,16		1	5		9	9,78	
40 a 44	0	0,00		1	5		1	1,09	
COR/RAÇA									
Parda	34	69,39		15	75		64	69,57	
Branca	8	16,33		3	15		14	15,22	
Preta	6	12,24	0,903	2	10	0,667	10	10,87	0,830
Amarela	1	2,04		0	0,00		4	4,35	
Indígena	0	0,00		0	0,00		0	0,00	
ESCOLARIDADE									
Analfabeta	0	0,0		1	5		2	2,17	
Fund. Incompleto	23	46,94		7	35		32	34,78	
Fund. completo	8	16,33		5	25		18	19,57	
En. méd incompleto	7	14,29		2	10		17	18,48	
Ensino médio	10	20,41	0,108	4	20	0,731	19	20,65	0,250
Superior incompleto	1	2,04		1	5		3	3,26	
Superior	0	0,0		0	0,0		1	1,09	
Pós-graduação	0	0,0		0	0,0		0	0,0	
RENDA FAMILIAR									
Até 1 sal. mínimo	39	79,59		15	75		67	72,83	
Acima de 1 entre 2 salário mínimo	9	18,37	0,005	4	20	0,971	20	21,74	0,107
Acima de 2 entre 3 salários mínimos	1	2,04		1	5		3	3,26	
Acima de 3 sal. min	0	0,00		0	0,0		2	2,17	

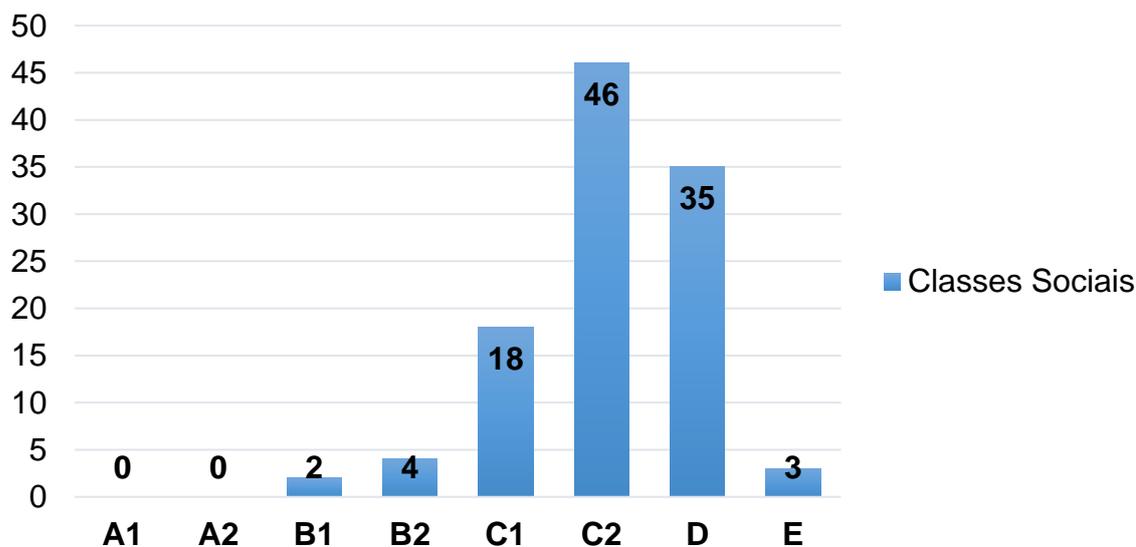
* Qui-quadrado de Person

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Na análise do Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB, as classes sociais que as vítimas de violência doméstica pertenciam foram: C2 (n=46), D (n=35),

C1 (n=18), B2 (n=4), E (n=3) e B1 (n=2). A classe C2, a maior classe identificada, apresenta renda mensal média de um salário mínimo, segundo os dados do CCEB (2014), semelhante ao encontrado na análise da renda familiar, onde a maioria das participantes se encontram nessa faixa de renda (Figura 7).

Figura 7 – Caracterização das mulheres vítimas de violência doméstica usuárias dos serviços de atenção básica de saúde, segundo o CCEB. Maceió. 2016.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Na caracterização do parceiro íntimo das mulheres vítimas de violência doméstica, a maior parte vive em relacionamentos estáveis, o que demonstra a estabilidade das relações. Os parceiros, das mulheres que relataram ter parceiro íntimo, são em sua maioria, jovens, na faixa entre 18 a 29 anos de idade. O teste qui-quadrado de Person mostrou associação significativa para as violências dos tipos sexual e psicológica com a idade do parceiro (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das características do Estado civil e idade do parceiro íntimo das mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde que sofreram algum tipo de violência doméstica. Maceió. 2016.

Estado civil	Violência Física			Violência Sexual			Violência Psicológica		
	S	%	p*	S	%	p*	S	%	p*
União estável	26	53,06		8	40		53	57,61	
Casada	15	30,61	0,934	7	35	0,393	25	27,17	0,814
Solteira	8	16,33		5	25		13	14,13	
Viúva	0	0,0		0	0,0		1	1,09	
Divorciada	0	0,0		0	0,0		0	0,0	
Idade do parceiro									
18 a 24 anos	13	29,55		6	27,78		26	31,33	
25 a 29 anos	10	22,73		1	5,56		17	20,48	
30 a 34 anos	7	15,91	0,176	5	27,78	0,008	16	19,28	0,021
35 a 39 anos	8	18,18		1	5,56		12	14,46	
40 a 44 anos	3	6,82		2	11,11		6	7,23	
Acima de 44 anos	3	6,82		3	16,67		6	7,23	

* Qui-quadrado de Person

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

5.3 Caracterização sexual e reprodutiva das mulheres usuárias da atenção básica

Em relação as características da vida sexual e reprodutiva, a idade da primeira menstruação variou entre 6 a 19 anos. A faixa etária da primeira relação sexual que predominou foi entre 15 e 19 anos, porém cabe a análise do elevado número de mulheres entrevistadas que foram iniciadas sexualmente antes dos 15 anos de idade, considerado ato ilegal – estupro de vulnerável de acordo com a lei 12.015/2009. Dentre as mulheres que não relataram nenhum tipo de violência na vida, 26 entrevistadas foram iniciadas sexualmente antes dos 14 anos de idade.

Ao considerar as relações sexuais antes dos 14 anos como um tipo de violência, 57 entrevistadas foram iniciadas sexualmente nesta faixa etária, porém ao serem questionadas sobre a ocorrência da violência sexual na vida, estas negaram ter sofrido violência sexual, o que faz com que a taxa de prevalência para violência sexual deste estudo se eleve para 31,17%.

Tabela 10 - Distribuição das características de iniciação sexual e reprodutivas das mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde, segundo idade da primeira menstruação, idade da primeira relação sexual, idade da primeira gravidez. Maceió. 2016.

Características sexuais e reprodutivas	(n=247)	%
<u>Faixa etária da primeira menstruação</u>		
6 a 10 anos	21	8,50
11 a 14 anos	203	82,19
15 a 19 anos	23	9,31
<u>Faixa etária da primeira relação sexual</u>		
10 a 14 anos	66	26,72
15 a 19 anos	157	63,56
20 a 24 anos	19	7,69
25 a 29 anos	5	2,02
<u>Faixa etária da primeira gravidez</u>		
10 a 14 anos	21	8,50
15 a 19 anos	136	55,06
20 a 24 anos	65	26,32
25 a 29 anos	19	7,69
30 a 35 anos	6	2,43

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Em relação aos comportamentos de risco das entrevistadas, 22 mulheres afirmaram ser fumantes, destas, o tempo de uso do tabaco variou entre 2 anos e 24 anos nas vítimas de violência, e com consumo de 2 a 50 cigarros por dia. O risco de uma fumante sofrer violência se mostrou significativo em relação as não fumantes para as violências dos tipos física (OR=3,202; IC_{95%}=1,281-8,003).

Em relação ao álcool, 41 entrevistadas vítimas de violência relataram ingestão de bebidas alcoólicas, o risco de uma mulher que ingere bebidas alcoólicas sofrer violência foi significativo para a violência do tipo física (OR=2,533; IC_{95%}=1,208-5,314).

A investigação do uso de outras drogas, identificou que duas entrevistadas fazem uso de maconha e pó associado e uma entrevistada não quis relatar o tipo de droga que utilizava. O uso de outras drogas não mostrou associação significativa com a violência doméstica. (Tabela 11).

Tabela 11 - Características relacionadas aos comportamentos de risco das mulheres vítimas de violência doméstica, usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.

	Violência Física			Violência Sexual			Violência Psicológica		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
<u>Fumantes</u>	OR*: 3,202 IC (95%)**: 1,281-8,003 p=0,012			OR: 1,144 IC (95%): 0,247-5,292 p=0,86			OR: 3,298 IC (95%): 1,326-8,202 p=0,01		
Sim	9	13	22	2	20	22	14	8	22
Não	40	185	225	18	206	225***	78	147	225
<u>Álcool</u>	OR: 2,533 IC (95%): 1,208-5,314 p=0,01			OR: 1,759 IC (95%): 0,601-5,144 p=1,03			OR: 1,237 IC (95%): 0,625-2,450 p=0,54		
Sim	14	27	41	5	36	41	17	24	41
Não	35	171	206	15	190	206***	75	131	206
<u>Drogas</u>	OR: 4,104 IC (95%): 0,252-66,800 p=0,32			****			****		
Sim	1	1	2	0	2	2	2	0	2
Não	48	197	245	20	224	245***	90	155	245

* Odds Ratio

** Intervalo de confiança de 95%

*** Uma das entrevistas se recusou a relatar a ocorrência de violência sexual.

**** Não foi possível realizar o teste de associação Odds Ratio, pois o numerador é igual a 0, impossibilitando o cálculo de divisão.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Na análise da violência presenciada e sofrida na infância, 108 (43,72%) entrevistadas presenciaram algum episódio de violência dentro do ambiente doméstico quando criança, 94 (38,05%) entrevistadas afirmaram que suas mães/responsáveis eram agredidas pelo parceiro íntimo e 137 (55,46%) entrevistadas referiram ter sofrido agressões físicas na infância, cometida, na grande maioria pela mãe (n=65), seguida do pai (n=57) como principais agressores (Tabela 12).

Na análise do *Odds ratio*, para as mulheres que presenciaram algum tipo de violência na infância, estas, se mostraram com mais chances de sofrer violência dos tipos física (OR=2,429; IC_{95%}=1,279-4,614) e psicológica (OR=2,860; IC_{95%}=1,675-4,873) na vida adulta.

Mulheres que presenciaram suas mães sendo agredidas pelos parceiros íntimos, também se mostraram com mais chances de sofrer violência física (OR=2,400; IC_{95%}=1,271-4,529) e psicológica (OR=2,229; IC_{95%}=1,309-3,794).

Houve associação significativa com mulheres agredidas na infância com a violência do tipo psicológica (OR=1,899; IC_{95%}=1,115-3,233).

Em relação a comunicação sobre a violência vivida, 32,79% das mulheres que já sofreram algum tipo de violência doméstica não relataram o ocorrido deste fenômeno. Das 27 entrevistas que afirmaram já ter conversado com alguém sobre o assunto, a maioria relatou o ocorrido a um familiar e apenas 5 procuraram um profissional de justiça (Figura 8).

Para as mulheres que afirmaram ter sofrido ou estar sofrendo algum tipo de violência doméstica, ao final da entrevista foi-lhes perguntado se poderia repassar as informações para os profissionais de saúde da unidade, com assinatura em termo apropriado para este fim, autorizando o repasse das informações, porém nenhuma mulher aceitou que fosse repassado qualquer informação aos profissionais da unidade, mesmo indicando que seria para ajudá-las a enfrentar a situação de violência.

Tabela 12 - Características relacionadas a violência na infância das mulheres vítimas de violência doméstica, usuárias dos serviços de atenção básica de saúde. Maceió. 2016.

	Violência Física			Violência Sexual			Violência Psicológica		
	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não	Total
<u>Presenciou violência doméstica na infância</u>	<i>OR*: 2,429 IC**: 1,279-4,614 p=0,006</i>			<i>OR: 1,555 IC: 0,598-4,043 p=0,30</i>			<i>OR: 2,860 IC: 1,679-4,873 p=0,001</i>		
Sim	30	78	108	11	97	108	55	53	108
Não	19	120	139	9	129	139***	37	102	139
<u>Mãe agredida por parceiro íntimo</u>	<i>OR: 2,400 IC: 1,271-4,529 p=0,006</i>			<i>OR: 1,690 IC: 0,675-4,229 p=0,26</i>			<i>OR: 2,229 IC: 1,309-3,794 p=0,003</i>		
Sim	27	67	94	10	84	94	46	48	94
Não	22	131	153	10	142	153***	46	107	153
<u>Sofreu agressões na infância</u>	<i>OR: 1,864 IC: 0,964-3,603 p=0,06</i>			<i>OR: 1,555 IC: 0,598-4,043 p=0,36</i>			<i>OR: 1,899 IC: 1,115-3,233 p=0,01</i>		
Sim	33	104	137	13	123	137***	60	77	137
Não	16	94	110	7	103	110	32	78	110

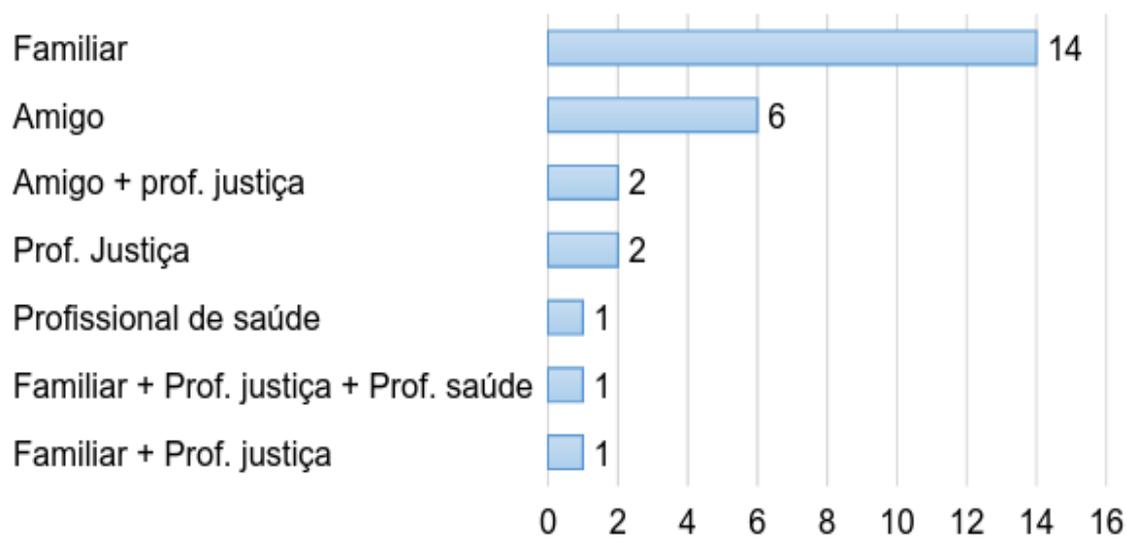
* Odds Ratio

** Intervalo de Confiança de 95%

** Uma das entrevistas se recusou a relatar a ocorrência de violência sexual.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Figura 8 - Distribuição das pessoas e entidades com quem as mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde e vítimas de violência doméstica relataram sobre o ocorrido. Maceió. 2016.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

6 DISCUSSÃO

A prevalência de violência doméstica (43,72%) encontrada em nosso estudo é maior do que a encontrada em outro estudo realizado com uma amostra maior de entrevistadas usuárias de cinco unidades básicas e distritais de saúde em Ribeirão Preto - São Paulo que detectou prevalência de violência por parceiro íntimo de 34,5% (VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011). Em outro estudo foi encontrada prevalência de 27,5% de violência contra a mulher (SILVA; et al., 2010).

A violência psicológica é um dos tipos mais difíceis de se identificar, pela falta de percepção das mulheres sobre este tipo de violência, o que foi possível constatar neste estudo, sendo esta a maior taxa e a mais difícil de detectar, as entrevistadas não a consideram como um tipo de violência e encaram como atitudes normais do dia-a-dia do casal ou da família. Para se realizar essa busca foi necessário esclarecer sobre esta violência, dando exemplos de como usualmente esta violência ocorre.

Comparando nossos resultados com alguns estudos internacionais sobre violência doméstica, verificamos prevalências de 44,3% de violência doméstica independentemente do tipo, o que corrobora com nossos achados, entretanto o mesmo não acontece em outros resultados, pois a prevalência de violência no último ano foi de 5,1% e prevalência de violência durante o período gestacional foi de 2,0% (FINNBOGADÓTTIR; DYKES; WANN-HANSSON, 2016).

Outro estudo, realizado em Hong Kong e utilizando o mesmo instrumento desta pesquisa, mostrou prevalência de 5,8% para violência psicológica, 0,4% para a violência física e 1,3% para violência sexual (MA; PUN, 2016), o que demonstra que a violência doméstica é encontrada em diversas sociedades e culturas, mas não se comporta na mesma magnitude. Vale enfatizar que a violência envolve aspectos sociais e culturais e é vivenciada de diversas formas em épocas e regiões diferentes.

A literatura mostra a magnitude que a violência doméstica tem adquirido; em um estudo realizado com mulheres casadas, as prevalências foram de 33,8%, 54,2% e 23,7% para as violências física, psicológica e sexual, respectivamente. A prevalência para qualquer tipo de agressão foi de 62% de violência cometida pelos parceiros das vítimas, dados similares aos encontrados nesta pesquisa, em que o principal agressor é o marido ou ex-marido da vítima (MOHAMADIAN et al., 2016).

A figura feminina ainda permanece submissa em suas relações, com elevada frequência de abusos psicológicos e a submissão é muito presente nas relações sexuais, em que as relações de gênero são fortemente dominantes. Estudos mostram a interseção dos tipos de violência doméstica, pois um tipo de violência pode predispor outras formas de agressões, seja física, sexual ou psicológica. Similar a pesquisa realizada no nordeste brasileiro cuja prevalência foi de mulheres vítimas de dois ou mais tipos de violência, o que indica, segundo o autor, que dificilmente esses atos ocorrem isoladamente (VIEIRA et al.; 2013; RAFAEL; MOURA, 2014).

Em nossos achados, a maior sobreposição ocorreu entre as violências do tipo física e psicológica, mas em nove relatos houve a ocorrência dos três tipos de violência pesquisada: física, sexual e psicológica. O que reafirma a citação acima referida, das raras chances de acontecer um único tipo de violência e de forma esporádica, como mostramos nos resultados, a frequência das violências sofridas pelas entrevistadas, ocorrendo várias vezes, principalmente para a violência do tipo psicológica.

A invisibilidade do problema envolve uma série de questões, entre elas, a falta de percepção da mulher da violência que sofre, seja pelas questões de gênero, violência simbólica e a submissão feminina diante da figura masculina; há também a falta de percepção da sociedade, por não se envolver nas questões familiares e conjugais e sobretudo falta de percepção dos profissionais de saúde, que muitos, não consideram a violência doméstica como um problema para o setor saúde.

Em uma das falas das nossas entrevistadas, que possui escolaridade de nível superior, e que é vítima de violência doméstica, quando questionada sobre a violência, afirmou que sofria e por várias vezes, e complementou: “*homens tem dessas coisas*”, referindo-se à violência psicológica vivenciada e praticada pelo seu parceiro. Fazendo alusão a algo natural nas relações conjugais e que deve ser aceito pela mulher, pois é algo natural do sexo masculino – a perpetração dessa violência.

Tais questões podem contribuir para as altas taxas de prevalência para a violência doméstica, aumentando o silêncio e a dor de quem sofre e presencia tais atitudes.

Outra questão que merece destaque é o significado e a magnitude que a palavra “violência” tem na vida das pessoas, em especial as mulheres entrevistadas nesse estudo, pois muitas entrevistadas quando questionadas sobre a ocorrência de

algum tipo de violência na vida, negaram. Porém com o detalhamento e as explicações do (a) pesquisador (a) sobre cada tipo de violência, as vítimas afirmavam já ter sofrido.

Em um estudo realizado os pesquisadores ocultaram a palavra “violência” inicialmente, de forma intencional, sendo esta palavra utilizada apenas no final da entrevista, assim quando comparados os resultados das mulheres que afirmaram algum tipo de agressão ou abuso, 63,4% não perceberam aquelas atitudes como atos de violência e uma entrevistada considerou como violência um episódio de doença que sofreu (SCHRAIBER et al., 2003).

Dessa forma, há estudos que evitam a utilização do termo “violência” para evitar a não detecção pelo uso deste termo. Pois, a palavra “violência” pode trazer um estigma para a mulher que se descobre como vítima de violência, são diversos os significados que este termo pode ter na vida de cada mulher, de cada indivíduo, através das experiências de vida (SCHRAIBER et al., 2003).

O termo “violência” parece estar reservado à criminalidade e usado para expressar o que ocorre no espaço público, como a violência nas cidades, os homicídios entre os jovens, enquanto que as situações de violência dentro do ambiente doméstico não são reconhecidas como violência. O significado do termo para alguns, pode indicar também situações graves de agressões, que culturalmente parece significar que a violência doméstica, embora concretamente severa, não é representada como tal. Por isso, há maior percepção das violências do tipo física e sexual, comparado à violência psicológica (SCHRAIBER et al., 2003).

Para as características sócio demográficas, os dados se mostraram similares a estudo realizado no nordeste brasileiro, que ao se avaliar a escolaridade, prevaleceram níveis mais baixos de formação das mulheres, variando de analfabeta a ensino fundamental, de cor parda e em sua maioria desempregadas. Em estudos internacionais o cenário não é tão diferente, mesmo se tratando de países mais desenvolvidos que o Brasil, em que os baixos níveis de escolaridade e não ter trabalho remunerado mostrou associação com a violência sofrida (VIEIRA et al., 2013; SAPKOTA et al., 2016).

Vale salientar que as características sócio demográficas das vítimas, em sua maioria jovens, de cor parda e baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade, são compatíveis com toda a amostra de mulheres pesquisadas neste estudo.

Em uma análise dos dados produzidos pelo suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2003, que procurou estabelecer o perfil sócio demográfico dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS comparativamente ao dos não-usuários, mostrou que entre os indivíduos atendidos pelo SUS há predomínio de mulheres, pretos e pardos, de baixa escolaridade e baixos níveis econômicos. Quanto à posse de plano de saúde a maior disparidade foi observada na região Nordeste onde para cada 21 pessoas sem plano de saúde há uma com plano. O que faz com a população dependa dos serviços gratuitos de saúde ofertados pelo SUS (RIBEIRO et al., 2006).

A idade se mostrou significativa para ocorrência de violência doméstica em mulheres mais jovens, corroborando com outras investigações, tal fato pode ser justificado pela falta de habilidades de mulheres e homens jovens em lidar com os problemas familiares (JAHROMI et al., 2016). Quando analisados os tipos das agressões, os dados encontrados se mostraram similares a outras investigações, que relataram a maior ocorrência de tapas, socos, chutes, empurrões e dor contínua (SILVA et al., 2010).

A dependência econômica da mulher pode ser um fator potencializador da violência doméstica, que pode favorecer a tolerância da mulher diante de situações violentas, pelo fato de não prover as condições de sustento próprio e de seus filhos. Em nosso estudo, trabalhamos em uma amostra de mulheres, com baixos níveis econômicos, sem trabalho remunerado fora do domicílio, e tendo seus parceiros como provedores das despesas financeiras no ambiente doméstico.

Porém, cabe salientar que situação financeira não é sinônimo de violência doméstica, ou que todas as mulheres com condições menos favorecidas irão sofrer com a violência. Mas, o que se observa é um menor suporte social, submetendo-se a situações de violência, por falta de oportunidades de enfrentá-la.

Na análise da iniciação sexual das entrevistadas, a maior parte da amostra teve a iniciação sexual entre os 10 e 19 anos de idade, e primeiras gestações entre os 15 e 19 anos. Em estudo realizado com adolescentes grávidas, usuárias dos serviços de atenção básica de saúde, identificou que a maioria das gestantes estavam na faixa etária dos 16 aos 19 anos, que a idade da primeira relação sexual foi antes dos 15 anos e que estavam na primeira gravidez (CAMARGO et al., 2013).

Destas adolescentes, 41,2% referiram violência doméstica, em que, 57,2% foram cometidas pelos parceiros ou ex-parceiros, e os outros 42,8% dos casos correspondiam à violência intrafamiliar, mais comumente cometida pelos pais. A gravidez na adolescência ainda é uma realidade preocupante, sobretudo pelo início cada vez mais precoce da atividade sexual da população, podendo apresentar maiores índices de evasão escolar, a perpetuação de mulheres desempregadas e que pode predispor a ocorrência de violência doméstica (CAMARGO et al., 2013).

No presente estudo não avaliamos os comportamentos de risco dos parceiros íntimos, alguns estudos mostram associação entre o tabagismo do marido como fator de risco para a violência doméstica, bem como o uso de álcool. Porém, em nossos achados, houve associação significativa de uso do tabaco com violência física e psicológica e uso de álcool com a violência do tipo física (ABBASPOOR; MOMTAZPOUR, 2016; SAPKOTA et al., 2016).

Enfatizamos mais uma vez que nossos achados e as associações com a violência doméstica não são generalizadores, pois, para a sua ocorrência deve-se levar em consideração inúmeros outros fatores.

Na associação com a violência sofrida na infância, estudo mostra prevalência de 39,7% das mulheres vítimas de violência doméstica e também relataram ter testemunhado violência doméstica na infância e/ou adolescência. Destes, 69,8% tiveram o agressor do sexo masculino. Outras investigações mostram a associação das experiências de violência na família de origem quando criança, com a violência conjugal (SILVA; et al., 2010; COLOSSI; MARASCA; FALCKE, 2015).

Em nossos achados, a mãe se mostrou como a principal agressora da mulher na infância (n=65), seguido do pai (n=57), o que para alguns autores denominam como hierarquia da violência, em que o pai pratica a violência contra a companheira e esta, como reflexo desta agressão, pratica a violência contra os filhos, configurando uma sociedade autoritária (SANTOS, 2016).

A maioria das mulheres vítimas de violência doméstica não reagem à violência ou mesmo reclamam, tolerando a tortura como se isso fosse seu destino. Esse silêncio pode ser justificado por fatores econômicos, mas também, pela relação de dependência emocional que mantém com seus parceiros, imaginando não conseguir viver fora dessas relações e sustentando o desejo que um dia, a violência irá cessar, sem precisar reagir à violência.

São diversas as facetas que envolvem a violência doméstica, que não podem ser explicadas apenas por fatores socioeconômicos, aceitação desta violência por parte da mulher, ou mesmo a não percepção dos atos violentos; não são vividos apenas por mulheres de baixa escolaridade ou baixos níveis econômicos, pois questões de gênero são socialmente e historicamente construídas e a violência atinge as mais diversas classes socioeconômicas, fazendo com que mulheres permaneçam na dor de forma silenciosa, vivendo uma dor, que muitas vezes é superada pelo medo e constrangimento de se expor e de sair da invisibilidade.

Muitas vezes as mulheres não denunciam a violência, por pensar que será um caso esporádico e que não mais ocorrerá, ou por serem dependentes financeira ou emocionalmente do agressor, como também pelo medo, constrangimento e exposição, o que contribui para que essa violência possa se tornar rotineira.

Estudo mostra a recorrência dos atos de violência, o que indica a intensidade e repetitividade na vida das vítimas, tal repetitividade das agressões podem resultar em feminicídios, que são situações de violência que vão se agravando paulatinamente, e o fim dessa violência é a morte da mulher agredida (VIEIRA et al., 2013).

O feminicídio tem sido mais frequente em regiões onde não garantem à mulher agredida as condições de segurança, como albergues, casas de passagem, proteção das testemunhas e atendimento às chamadas de urgência, que são medidas que protegem as mulheres e diminuem as chances de ocorrência dos feminicídios. Por esta razão, o feminicídio também é considerado como um crime do Estado, por não prover a segurança das vítimas (VIEIRA et al., 2013; MENEGHEL et al., 2013).

Em relatos das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, algumas não acreditam na atuação da justiça, ou polícia, para punir o agressor, mantendo-se em silêncio e aceitando a violência sofrida. Pois, as medidas protetivas pelo Estado e instituições responsáveis ainda se mostram como um ponto crítico para a eliminação da violência contra a mulher. Apenas 25% das vítimas de algum tipo de violência conversaram sobre o assunto com alguém, na maioria um familiar, isto mostra o quanto é difícil para elas buscarem ajuda profissional para a situação vivida, fazendo desta, uma vivência sofrida e silenciosa.

O que nos chama a atenção é o fato de que dentre as mulheres que relataram já ter conversado com alguém sobre a violência vivida, apenas uma entrevistada

relatou o ocorrido para um profissional de saúde, e outra relatou para um familiar e também para um profissional de justiça e um profissional de saúde.

Cabe a reflexão da invisibilidade da violência doméstica nos serviços de saúde, pois são mulheres que frequentam as unidades de saúde em busca dos serviços básicos, e não procuraram os profissionais de saúde para relatar a violência, e tão pouco foram abordadas pelos profissionais sobre o tema.

Um estudo realizado com agentes comunitários de saúde revelou que a compreensão da maioria dos entrevistados sobre a violência contra a mulher é considerada como destino de gênero, resultando na naturalização dos eventos violentos o que impede qualquer ação sobre esta violência. Os agentes também relatam as dificuldades em atuar na detecção e enfrentamento desta violência e quando detectadas partilham com os profissionais da estratégia saúde da família, na busca das mulheres intervenções. Reconhecem o papel do(a) enfermeiro(a) como o profissional que prepara os agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento das ações frente às necessidades da comunidade, como a identificação dos casos de violência doméstica e as intervenções assistenciais necessárias (HESLER et al, 2013).

Reconhecem-se as unidades de saúde como pontos estratégicos na identificação da violência doméstica contra a mulher, por ser a base na hierarquia dos serviços de saúde e por existir maior procura aos serviços básicos de saúde em mulheres vítimas de violência doméstica. Porém, estudo realizado com enfermeiras da estratégia saúde da família demonstrou a ausência de um protocolo que direcione a atuação destas no atendimento à mulher vítima de violência, algo que sirva de orientação de qual conduta adotar frente a esta situação (SILVA; TRINDADE, 2014).

As dificuldades em abordar as mulheres sobre este tema, também podem estar associadas aos estigmas e preconceitos enraizados em cada profissional de saúde, como também, a vivência de violência na infância ou vida adulta. Os profissionais de saúde como indivíduos historicamente construídos não estão isentos de sofrer com a violência e até mesmo naturalizar esses atos no cotidiano de outras mulheres que sofrem com este problema.

Como cada indivíduo apresenta suas próprias concepções acerca das relações de gênero e da violência, tais concepções podem repercutir na forma de prestar

assistência à mulher que vivencia essa violência e os valores e crenças de cada ser poderão influenciar na sua prática assistencial.

As causas que tornam a violência tão invisível aos olhos dos profissionais de saúde podem ser a falta de habilidades sobre qual a intervenção a ser feita, achar que não têm tempo para atender como deveriam, pela complexidade que o tema traz, ou sentem o assunto muito próximo e, acima de tudo, não admitem que este seja um problema para o setor saúde (SCHRAIBER et al, 2003).

Outra questão que podemos destacar é a formação fragmentada dos profissionais, pautada nos aspectos biológicos e atendimentos mecanicistas, que não consideram as dimensões biopsicossociais dos indivíduos. Tal formação não sensibiliza o profissional para um cuidar amplo e holístico, que possa enxergar aquilo que não se mostra.

Em outro estudo realizado com profissionais da estratégia saúde da família, alguns profissionais não enxergam a violência doméstica como um problema de saúde pública, evidenciando a dificuldade de conceber a violência como uma demanda específica do setor saúde e repercute também na dificuldade de identificação, envolvimento, manejo e intervenções sobre os casos (QUADROS et al, 2013).

Para isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe capacitações para que profissionais de saúde possam reconhecer a violência como um problema de saúde pública, identificar as mulheres vítimas desta violência, abordá-las sem julgamentos ou preconceitos, acolhê-las, reconhecendo seus direitos enquanto cidadãs, e informando sobre os recursos que existem na sociedade para atender essas mulheres vítimas de violência doméstica (WHO, 2014).

Tal desconhecimento dos profissionais de saúde, pode contribuir para a subnotificação dos casos de violência contra a mulher em bancos de dados do ministério da saúde. Desde o ano de 2003, com a promulgação da Lei 10.778, a notificação de casos de violência contra a mulher se torna compulsória nos serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2003).

A notificação é uma das estratégias primordiais para tornar a invisibilidade da violência “visível”. Porém, a falta de conhecimento dos profissionais sobre a notificação pode dificultar esse processo. Um estudo mostra em um dos relatos dos profissionais entrevistados, o conhecimento do mesmo sobre a notificação, porém desconhece o seu aspecto compulsório, como se a notificação dependesse da

vontade da mulher agredida em oficializar a situação e desconsiderasse o caráter obrigatório para os serviços de saúde (QUADROS et al, 2013).

É por meio da notificação que a violência ganha visibilidade, permite o real dimensionamento epidemiológico do problema, que auxiliará na criação de políticas públicas voltadas à prevenção e enfrentamento dos casos (QUADROS et al, 2013).

Por isso decidimos em realizar busca ativa, através de entrevistas, dos casos de violência na base dos serviços, que são as unidades básicas de saúde. Por acreditar ser campo fértil na detecção destes casos e também por entender a dualidade que existe nestes serviços, em que a mulher não relata as situações de violência e os profissionais não perguntam e o que prevalece é o silêncio, a dor de quem sofre e a subnotificação.

Estudo realizado com enfermeiras, já citado anteriormente, observa que as falas das entrevistadas demonstram que grande parte se encontram distantes das condições favoráveis em relação ao seu conhecimento para lidar com essas questões e no tocante às leis para enfrentamento da violência (SILVA; TRINDADE, 2014).

O que nos leva a refletir sobre a culpabilização que temos diante dos órgãos governamentais, em transferir para estes a responsabilidade de enfrentar a violência doméstica. Porém, cabe a cada profissional de saúde e a cada cidadão, intervir nesse problema, em ter sensibilidade diante dos casos de violência contra a mulher, adotar uma postura acolhedora, com escuta compreensiva à dor da mulher que sofre com a violência doméstica.

Logo, considera-se que o setor saúde pode intervir na violência contra a mulher através da identificação do problema, da realização do acolhimento, da escuta qualificada, do apoio às usuárias e do acompanhamento dos casos, pois se constitui em um modelo de atenção integral a saúde dos indivíduos, abrangendo seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Entretanto, se reconhece que a resolução do problema não lhe compete unicamente, sendo necessária a estruturação de uma rede intersetorial que tenha o objetivo de garantir às mulheres seus direitos como cidadãs (HESLER et al, 2013).

Independente da porta de entrada que receba a mulher vítima de violência, a instituição deve buscar articular-se com outros serviços para um trabalho em rede, a fim de garantir atendimento holístico às necessidades da mulher, seja física, psíquica ou social (GOMES et al., 2012).

A articulação intersetorial requer uma dinâmica de trabalho com profissionais capacitados e conhecedores dos serviços, suas competências e o papel da rede. As instituições devem ter adequado suporte que permita eficaz comunicação com outros serviços para o enfrentamento da violência (GOMES et al., 2012).

A Lei Maria da Penha prevê atendimento de uma equipe multiprofissional composta por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde, para o desenvolvimento de trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, como também prevê a criação de centros de educação e de reabilitação para os agressores (BRASIL, 2006).

Esta medida é importante na prevenção de reincidência de casos de violência doméstica, pois a mulher que sofre violência, muitas vezes não quer acabar com o laço afetivo que mantém com o agressor, seja conjugal ou familiar, mas deseja que o agressor mude, por isso muitas não denunciam, acreditando na mudança de postura do agressor.

Um exemplo é demonstrado em um trabalho de análise das observações e relatos etnográficos produzidos em dois Grupos de Reflexão para autores de violência em um Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher na cidade do Rio de Janeiro. O encaminhamento ao Grupo de Reflexão é oferecido pelo/a juiz/juíza aos homens que, sendo acusados de violência contra a mulher, que não tiveram envolvimento anterior com a Justiça e que aceitem participar do grupo devem comparecer aos encontros de duas horas de duração, que ocorrem com um intervalo de 15 dias, e recebem orientações de dois profissionais da equipe técnica. Ao final de oito encontros, a ficha criminal do acusado fica “limpa” e o “processo se encerra” (MORAES; RIBEIRO, 2012).

Os autores consideram que o principal desafio nos Grupos de Reflexão para homens autores de violência doméstica é fazer com que os acusados realizem uma reflexão sobre os seus atos e que se responsabilizem pelo crime cometido, pois muitos atribuem às mulheres a responsabilidade das agressões sofridas. Todo esse processo implica também a expectativa de mudanças de atitudes nas relações de gênero e nas formas de interação conjugal e familiar. Desse modo, os homens são, de alguma maneira, chamados à responsabilidade pela harmonia na família (MORAES; RIBEIRO, 2012).

Os autores ainda relatam que as discussões durante os encontros não se limitavam ao tema da violência propriamente, ou sobre o ato de agressão cometido, mas incorporavam questões como a participação dos pais na criação dos filhos, a circulação do dinheiro na família, os direitos, a autonomia e a liberdade das mulheres, na tentativa de refletir sobre a divisão tradicional dos papéis de gênero e enfatizar que essas divisões são socialmente construídas (MORAES; RIBEIRO, 2012).

Por fim, entendemos a complexidade que a violência doméstica tem, pois envolve diversos fatores para a sua ocorrência, é algo que não é exclusivo das classes menos favorecidas, mas algo que está enraizado na sociedade, por questões de gênero, dominação e submissão feminina. Logo, há a necessidade de maiores capacitações dos profissionais de saúde em relação a violência doméstica, e a forma como lidar com este delicado tema e que as unidades de saúde assumam de fato o lugar privilegiado que tem na identificação e manejo dos casos.

7 CONCLUSÃO

O objeto de estudo deste trabalho foi a prevalência e os fatores associados à violência doméstica em mulheres usuárias de nove unidades básicas de saúde da cidade de Maceió - Alagoas. Tínhamos como hipótese que se o município de Maceió apresenta altos coeficientes de violência, como homicídios e homicídios femininos resultantes de agressão, então há manifestação de violência doméstica em mulheres residentes deste município.

Foram entrevistadas 247 mulheres, nos oito distritos sanitários da cidade de Maceió, perfazendo nove unidades básicas de saúde, pois, o distrito cinco teve duas unidades pesquisadas, por problemas de ordem estrutural que necessitou interrupção das entrevistas e a continuidade em outra unidade de saúde do mesmo distrito.

Respondendo aos objetivos propostos, identificamos prevalência de violência doméstica de 43,72%, resultado que se mostra equiparado com outros países e estados brasileiros, porém bem acima, quando comparado a um estado do Nordeste e Sudeste brasileiro. Para a violência física, sexual e psicológica, as taxas de prevalência foram de 19,84%, 8,10% e 37,25%, respectivamente.

As unidades onde se detectou maior prevalência de violência doméstica foram: Rosanne Collor (TP de 53,96%), Pitanguinha (TP de 52,63%) e Vale do Reginaldo (TP de 50%).

Entre os agressores relatados pelas mulheres vítimas de violência, destacou-se a ocorrência da violência doméstica cometida por parceiros íntimos e ex-parceiros. O que pressupõe a forte cultura de dominação ainda tão presente, principalmente aqui no Nordeste.

O número de mulheres que sofreram violência física alguma vez na vida, geralmente cometida por ex-parceiro íntimo, indica que a maioria dessas mulheres conseguiu se livrar da violência doméstica na forma física, entretanto, em mulheres que sofreram violência física no último ano, a agressão foi cometida na maioria das vezes pelo marido, o que indica que estas vítimas têm que conviver com esta violência praticadas por seus parceiros.

Os tipos de agressões físicas que prevaleceram foram os tapas, empurrões, socos, chutes, manchas roxas, cortes ou dor contínua, e as áreas agredidas foram cabeça, membros superiores e inferiores.

A violência sexual esteve presente em 8,10% da amostra, embora em 23,07% das entrevistadas foram iniciadas sexualmente antes dos 14 anos de idade, mas negaram a ocorrência desta violência alguma vez na vida.

Quando analisados os dados socioeconômicos, verificamos que as vítimas são em sua maioria, mulheres jovens, de cor parda, com baixos níveis de escolaridade, desempregadas, em relacionamento conjugais estáveis, e com renda mensal familiar de até um salário mínimo e pertencentes aos estratos mais baixos de classificação econômica.

A idade da primeira gravidez coincidiu com a faixa etária da primeira relação sexual, sugerindo relações sexuais desprotegidas e que culminaram em gestações.

Ao associar a ocorrência de violência doméstica, com os fatores sócio econômicos, houve associação significativa apenas para a renda familiar. As demais variáveis não se associaram significativamente.

Quando avaliados os comportamentos de risco, como uso de tabaco, álcool e outras drogas, verificou associação significativa para as violências física e psicológica em mulheres fumantes, e violência física para mulheres que fazem ingestão de bebidas alcoólicas.

Na análise de violência vivida na infância, houve associação significativa em mulheres que presenciaram cenas de violência na infância e tiveram suas mães agredidas por parceiro íntimo, com as violências dos tipos física e psicológica relatadas na vida adulta. Entre as mulheres agredidas na infância houve associação com a violência do tipo psicológica. Tais agressões são geralmente praticadas pelos pais; o pai como a figura masculina exercendo dominação sobre a filha, e a mãe, muitas vezes sendo a causadora da agressão, por sofrer agressão do parceiro.

As entrevistas realizadas como forma de busca ativa nas unidades básicas de saúde revelam o quão são privilegiados esses locais na detecção da violência doméstica. Apesar de não contabilizada, não houve grande número de recusas para a participação, não havendo grandes dificuldades das mulheres relatarem suas experiências de violência, mesmo sendo abordadas por desconhecidos.

As unidades básicas de saúde, por serem a porta de entrada dos serviços de saúde, adquirem lugar de prestígio na investigação da violência doméstica e os profissionais que nestas unidades atuam, por manter relações mais próximas com as

usuárias do serviço, são os profissionais que podem contribuir para tornar visível a violência doméstica contra a mulher.

Destaca-se não só os profissionais de atendimento de demanda espontânea, como principalmente, os profissionais da Estratégia saúde da família, que através das visitas na comunidade, podem evidenciar situações de violência doméstica, por conhecer o ambiente em que a mulher vítima de violência convive.

Dessa forma, se faz necessário maior investimento em capacitações com os profissionais das unidades básicas de saúde, para que possam reconhecer as situações de violência, e em especial, lidar com esse fenômeno tão complexo e que abrange grande número de mulheres em nossa capital, e traçar junto da comunidade ações para o seu enfrentamento.

Entendemos a necessidade de maiores estudos sobre a temática, pois nosso estudo abre lacunas para a realização de maiores investigações que abranjam todo o município de Maceió e que busque compreender a violência doméstica contra a mulher neste município.

Compreendemos também, que não eliminaremos a violência doméstica contra a mulher com investigações epidemiológicas, mas com a nossa pesquisa, pretendemos alertar a comunidade científica e os profissionais de saúde sobre este tema, que por sua complexidade se torna invisível na sociedade e nos serviços de saúde.

Na tentativa de alertar os profissionais que atuam na atenção básica, que a violência doméstica ocorre na sua área de abrangência, que estas mulheres são usuárias dos serviços em que atuam e que se faz necessário tirar da invisibilidade essas mulheres e assim possibilitar a identificação de casos de violência doméstica, através da mudança de postura, permitindo enxergar o indivíduo com um ser integral, e não apenas físico e para que possam adquirir uma atitude mais acolhedora com a usuária do sistema, mantendo uma relação de confiança.

Assim através do diálogo, de uma abordagem cuidadosa, respeitosa e sem preconceitos será possível identificar a violência doméstica contra a mulher, informando-a sobre os recursos disponíveis para o seu enfrentamento, na tentativa de tornar mais visível uma dor que, até então é silenciada nos serviços básicos de saúde, tanto pela mulher que sofre a violência doméstica quanto pelos profissionais de saúde.

Se faz necessário também, que os profissionais conheçam e utilizem o protocolo de notificação de violência, para que possamos conhecer a magnitude do problema e assim enfrentá-lo de forma mais adequada.

Conclui-se que a violência doméstica se mostrou alta na amostra estudada de mulheres usuárias de nove unidades de atenção básica de saúde do município de Maceió; em especial a violência do tipo psicológica que apresentou a maior taxa de prevalência e maior atenção às relações conjugais, pois os principais agressores das vítimas deste estudo foram os parceiros ou ex-parceiros íntimos. É importante a realização de capacitações dos profissionais de saúde para atuarem na identificação do problema e trabalhar de forma articulada com a rede.

REFERÊNCIAS

- ABBASPOOR, Z.; MOMTAZPOUR, M. Domestic Violence and Its Related Factors Based a Prevalence Study in Iran. **Global Journal of Health Science**, v. 8, n. 12, p. 1, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27357868>>. Acesso em: 11 out. 2016.
- ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações**. Ed.: Guanabara Koogan. 2012.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4 Ed. Rio de Janeiro: E. Guanabara Koogan, 2014.
- ALVES, W. A. et al. Violência letal em Maceió-Al: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400015>>. Acesso em: 31 ago. 2015.
- ALVES, T. Suicídio é a segunda causa de violência de notificação compulsória atendida pelo HGE. Agência Alagoas. **Governo do Estado de Alagoas**, 22 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.agenciaalagoas.al.gov.br/noticia/item/8984-suicidio-e-a-segunda-causa-de-violencia-de-notificacao-compulsoria-atendida-pelo-hge>. Acesso em: 05 dez. 2016.
- AYRES, J. R. C. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BAIGENT, M.; LEIGH, R. **A inquisição**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2001.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. estado**. Brasília, v. 29, n. 2, p. 449-469. Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 Out. 2016.
- BRASIL. Decreto n. 89.460, de 20 de março de 1984. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 21 mar. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 21 ago. 2016.

BRASIL. Decreto n. 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2 ago. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006, Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 7 fev. 2015.

_____. Secretaria de Políticas para as mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 7 Jul. 2015.

_____. Lei n. 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. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 10 mar. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm. Acesso em: 15 jun. 2016.

BEAUVOIR, S. et al. **El segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. 4. Ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada Ave Maria**. Edição Claretiana, 2002.

CAMARGO, C. L. et al. Perfil de adolescentes grávidas com história de violência doméstica. 2013. **Rev Rene**. 2013; v. 14, n. 2, p. 385-93. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11732/1/2013_art_rsmota.pdf>. Acesso em: 2 out. 2016.

CAPRA, J.; BERGAMO, M. Evas e Marias: A mulher no Brasil colonial. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 2, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/181>>. Acesso em: 14 Set. 2016.

CASTRO, A. M.; MACHADO, R. C. F. Movimento feminista no Brasil e América Latina: reflexões sobre educação e mulheres. **Revista Contrapontos**, v. 16, n. 1, p. 22-39, 2016. Disponível em: <<http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/7943>>. Acesso em: 13 set. 2016.

COLOSSI, P. M.; MARASCA, A. R.; FALCKE, D. De Geração em Geração: A Violência Conjugal e as Experiências na Família de Origem. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 493-502, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400010>. Acesso em: 12 out. 2016.

CORREIA, C. M. et al. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 118-25. Jan-Mar 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf. Acesso em: 05 Nov. 2016.

COUTINHO, P. L.; COSTA, R. **Entre a Pintura e a Poesia: o nascimento do Amor e a elevação da Condição Feminina na Idade Média**. In: GUGLIELMI, Nilda (dir.). Apuntes sobre familia, matrimonio y sexualidad en la Edad Media. Colección Fuentes y Estudios Medievales 12. Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). 2003, p. 4-28.

CCEB - **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>. Acesso em: 10 Ago. 2013.

DESOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. H. A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.13, n.3, p. 485-496. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Out. 2016.

D'INCAO, M. A. **Mulher e família burguesa**. In: PRIORI, D. M.; BASSANEZI, C. *História das mulheres no Brasil*. 8 ed. São Paulo: Contexto, 2006.

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 e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>>. Acesso em: 22 Maio 2015.

DUTRA, M. L.; et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1293-1304. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/14.pdf>>. Acesso em: 18 Jun. 2015.

ELÓSEGUI, M. **Diez temas de género. Hombre y mujer ante los derechos productivos y reproductivos**. Madri: Ediciones Internacionales Universitarias. 2002.

FERNANDES, C. B. et al. Percepção masculina sobre violência: um olhar dos usuários de serviços de saúde em Marília, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 133-141, 2014. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/553/620>>. Acesso em: 2 out. 2016.

FINNBOGADÓTTIR, H.; DYKES, A.; WANN-HANSSON, C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 16, n. 1, p. 228. 2016. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1017-6>>. Acesso em: 14 Out. 2016.

GARIN, E. **O homem renascentista**. Barcarena: Editorial Presença, 1991.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, N. P. et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 173-178, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4035>. Acesso em: 13 Jan. 2017.

GRUPO BANCO MUNDIAL. **Mulheres, Empresas e o Direito 2016**. Washington, DC. 2015. Disponível em: <http://wbl.worldbank.org/~media/WBG/WBL/Documents/Reports/2016/WBL2016-KeyFindings-Portuguese.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

GUEDES, R. N.; DA FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 304-311, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/58505/61495>. Acesso em: 11 out. 2016.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia e Sociedade**. v. 27, n. 2, p. 256-66. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200256. Acesso em: 14 set. 2016.

HANADA, H.; et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5820.pdf>. Acesso em: 17 Maio 2015.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population reports**, v. 27, n. 4, p. 1-1, 1999. Disponível em: <https://www.k4health.org/sites/default/files/L%2011.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2016.

HESLER, L. Z.; et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 34, n. 1, p. 180-86. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/23.pdf>. Acesso em: 14 Abr. 2015.

JAHROMI, M. K. et al. Prevalence and risk factors of domestic violence against women by their husbands in Iran. **Global journal of health science**, v. 8, n. 5, p. 175, 2016. Disponível em: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/50419/28625>. Acesso em: 5 out. 2016.

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação: das afinidades políticas às tensões teórico-metodológicas. **Educação em Revista**, v. 46, p. 201-218, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edur/n46/a08n46>. Acesso em: 10 Nov. 2016.

MA, W. S. P.; PUN, T. C. Prevalence of domestic violence in Hong Kong Chinese women presenting with urinary symptoms. **PLoS one**, v. 11, n. 7. 2016. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0159367>>. Acesso em: 14 out. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 604-10, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/08.pdf>>. Acesso em: 19 Mar. 2015.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em: <https://rbgn.fecap.br/RBGN/article/download/51/272>. Acesso em: 5 Dez. 2016.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-574, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Ago. 2015.

MENEGHEL, S. N. et al. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu. Vol. 17, n. 46, p. 523-533, jul/set. 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/86654>>. Acesso em: 11 out. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 08 Dez. 2014.

_____. Sistema De Informação De Agravos De Notificação - SINAN. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências: banco de dados**. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 7 Ago. 2015.

MOHAMADIAN, F. et al. Prevalence and risk factors of domestic violence against Iranian women: a cross-sectional study. **Korean journal of family medicine**, v. 37, n. 4, p. 253-258, 2016. Disponível em: <<http://www.kjfm.or.kr/journal/view.html?year=2016&vol=37&page=253>>. Acesso em: 13 out. 2016.

MORAES, A. F.; RIBEIRO, L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a “responsabilização” dos “homens autores de violência”. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 11, p. 37/58, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/3078>. Acesso em: 15 Jan. 2017.

MOREIRA, S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n6/7122.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2016.

NAVED, R. T. Sexual Violence towards married women in Bangladesh. **Arch. Se. Behav.** v. 42, p. 595-602. 2013. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10508-012-0045-1>>. Acesso em: 15 Jun. 2015.

NICHOLSON, L.; SOARES, L. F. G.; COSTA, C. L. Interpretando o gênero. **Estudos feministas**, v. 8, n. 2, p. 9-41, 2000. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/43596547?seq=1#page_scan_tab_contents. Acesso em: 10 Nov. 2016.

ONU. **Report of the world conference of the internacional women’s year**. Mexico. United Nations. New York. 1976. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2017.

_____. **Report of the world coference of the United Nations decade for women: Equality, Development and Peace**. Copenhagen. United Nations. New York. 1980. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_copenhagem.pdf. Acesso em: 10 Jan. 2017.

ONU. **Report of the world conference to review and appraise the achievements of the United Nations decade for women: Equality, Development and Peace.** Nairobi. United Nations. New York. 1986. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_nairobi.pdf. Acesso em: 10 Jan. 2017.

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento – Plataforma de Cairo, 1994.** In: Secretaria especial de Políticas para as mulheres. Instrumentos Internacionais de direitos das Mulheres. Brasília. 2006. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_instrumentosinternacionaisdireitosdasmulheres.pdf. Acesso em: 15 Nov. 2016.

PIMENTEL, S. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas Discriminação contra a Mulher - Cedaw 1979.** In: Secretaria especial de Políticas para as mulheres. Instrumentos Internacionais de direitos das Mulheres. Brasília. 2006. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_instrumentosinternacionaisdireitosdasmulheres.pdf. Acesso em: 15 Nov. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Plano Municipal de Assistência Social de Maceió 2014 – 2017.** Maceió – Alagoas. 2014. Disponível em: http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/admin/documento/2014/08/PMAS_Macei%C3%B3_2014_2017-FINALIZADO-para-upar.pdf. Acesso em: 01 Set. 2015.

PRIORI, D. M.; BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil.** 8 ed. São Paulo: Contexto, 2006.

QUADROS, M. E. F. et al. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 164-174, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8359/pdf>. Acesso em: 3 out. 2016.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. **J. bras. Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 149-153, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200149&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 out. 2016.

RAMINELLI, R. **Eva Tupinambá**. In: PRIORI, D. M.; BASSANEZI, C. História das mulheres no Brasil. 8 ed. São Paulo: Contexto, 2006.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Rev Saúde Pública**. v. 34, n. 6, p. 610-6. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600008>. Acesso em: 05 Ago 2013.

RIBAS, J. R.; VIEIRA, P. R. C. **Análise multivariada com o uso do SPSS**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2011.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS–PNAD 2003. **Ciênc Saúde Colet**, v. 11, n. 4, p. 1011-22, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n4/32337.pdf>. Acesso em: 17 Jan. 2017.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.499-513.

RUBIN, G. **The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex**. In Rayna Reiter (ed.). *Toward an Anthropology of Women*, New York, Monthly Review Press, 1975.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**. Campinas, v. 16, p. 115-136, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332001000100007&script=sci_arttext&tIng=es>. Acesso em: 16 set. 2016.

SANTOS, H. Mulheres como autoras de violência: evidências e agenda de pesquisa. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 1, p. 42-58, 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewArticle/23287>. Acesso em: 14 out. 2016.

SAPKOTA, D. et al. Domestic violence and its associated factors among married women of a village development committee of rural Nepal. **BMC research notes**, v. 9, n. 1, p. 1, 2016. Disponível em: <<http://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-1986-6>>. Acesso em: 14 out. 2016.

SARDENBERG, C. M. B.; COSTA, A. A. A. **Feminismos, feministas e movimentos sociais**. In: BRANDÃO, M. L. R.; BINGEMER, M. C. L. Mulher e relações de gênero. Edições Loyola: São Paulo. 1994.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a03>. Acesso em: 28 Nov. 2016.

_____. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 5, p. 961-70. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0310/pdfs/IS30\(3\)084.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0310/pdfs/IS30(3)084.pdf). Acesso em: 30 ago. 2016.

SCHUMAHER, M. A. **Dicionário Mulheres do Brasil: de 1500 até a atualidade-biográfico e ilustrado**. Zahar, 2000.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. New York: Columbia, University Press, 1989.

SILVA, M. A.; et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Caderno de saúde pública**, v. 26, n. 2, p. 264-272, fev. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200006>. Acesso em: 18 Jul. 2015.

SILVA, T. S.; et al. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM-Rede-Enfrentamento-VCM-2011.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.

SILVA, P. P. A. C.; TRINDADE, R. F. C. **Conduta de enfermeiras da estratégia saúde da família diante de casos de violência familiar contra a mulher**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Al, 2014. Disponível em: <http://bdtd.fapeal.br/Titulos/1012/conduta-de-enfermeiras-da-estrategia-saude-da-familia-diante-de-casos-de-violencia-familiar-contra-a-mulher>. Acesso em: 29 no. 2016.

SOUZA, A. F. **Entre a reclusão e o enfrentamento: a realidade da condição feminina no Espírito Santo a partir dos autos criminais (1845-1870)**:

desmistificando estereótipos. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2007. Disponível em: <http://www.bdttd.ufes.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=582>. Acesso em: 16 Set. 2016.

TLAPEK, S. M. Women's status and intimate partner violence in the Democratic Republic of Congo. **Journal of interpersonal violence**, v. 30, n. 14, p. 2526–2540. 2014. Disponível em: <<http://jiv.sagepub.com/content/30/14/2526.full.pdf+html>>. Acesso em: 07 Abr. 2015.

TUBERT, S. La Crisis del concepto de género. In: TUBERT, S.; FRAISSE, G. (ed.) **Del sexo al género: los equívocos de un concepto**. Universitat de València, 2003.

UCHOA, P. **Como sobrevivi a duas tentativas de assassinato pelo marido e mudei as leis do Brasil**. BBC Brasil em Londres. 2016. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-37428515>>. Acesso em: 13 out. 2016.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. 2016. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 12 out. 2016.

USTA, J.; FARVER, J. A. M.; PASHAYAN, N. Domestic violence: the Lebanese experience. **Public health**, v. 121, n. 3, p. 208-219, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17174993>>. Acesso em 07 Abr. 2015.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 920-927, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400920&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em 15 out. 2016.

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. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730-737, Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 Fev. 2017.

VIOTTI, M. L. R. **Declaração e Plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 1995**. Instrumentos internacionais de direitos das

mulheres. ONU mulheres. 2016. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015 homicídio de mulheres no Brasil**. Flacso. Brasília. 2015. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children**. Sixty-Seventh World Health Assembly. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 17 Maio 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REPASSE DE INFORMAÇÕES ÀS UNIDADES DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO PARA REPASSE DE INFORMAÇÕES ÀS UNIDADES DE SAÚDE

Projeto de pesquisa: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Eu _____,
autorizo as pesquisadoras responsáveis deste estudo: Profa. Dr.^a Ruth França Cizino da Trindade e Mestranda Raquel Ferreira Lopes do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, a realizarem o repasse às Unidades de Saúde das informações contidas nos formulários da entrevista, comunicando a situação de vulnerabilidade a qual estou exposta, a fim de viabilizar o acolhimento e o encaminhamento para a rede de apoio às mulheres vítimas de violência disponível no município de Maceió – AL.

Maceió, ____ de _____ de 201__.

Raquel Ferreira Lopes

Assinatura da Responsável pela pesquisa

Ruth F. da Trindade

Assinatura da docente responsável pela pesquisa

Assinatura da Participante da Pesquisa

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Número da entrevista: ___-___-___

(OBS: Número da entrevista formado pelo: distrito-código do pesquisador-número da entrevista. Com dois dígitos ex: 03-01-09)

DATA DA COLETA: ___/___/2016

Nome: _____ telefone: _____

Endereço: _____

Unidade de saúde: _____

- **Idade:** _____ anos
- **Cor/raça:** 1 () Branca; 2 () Preta; 3 () Parda; 4 () Indígena; 5 () amarela
- **Estado Civil:** 1()Solteira; 2()Casada; 3()Viúva; 4()Divorciada; 5()União Estável
- **Escolaridade:** 1 () Analfabeta, 2 () Fund. Incompleto; 3 () Fund. Completo; 4 () Ens. Médio Incompleto; 5 () Ens. Médio Completo; 6 () Superior Incompleto; 7 () Superior Completo 8 () Pós-Graduação
- **Religião:** 1 ()Católica 2 () Protestante 3() outra religião 4 () sem religião
- **Exerce algum trabalho remunerado?** 1 () Sim 2 () Não
- **Número de pessoas no domicílio?** _____
- **Valor da Renda Familiar:** R\$ _____
- **Fuma?** 1 () Sim 2 () Não Se não pule para a pergunta 12
- **Há Quanto Tempo?** _____
- **Quantos cigarros por dia?** _____
- **Ingere Bebidas Alcoólicas?** 1 () Sim 2 () Não.
- **Há quanto tempo?** _____
- **Com qual frequência há a ingestão de bebidas alcoólicas?** 1 () Todos os dias 2 () Às vezes 3 () Quase nunca 4 () Apenas em ocasiões especiais.
- **Usa outros tipos de drogas?** 1 () Sim 2 () Não
- **Qual (is)?** _____
- **Idade da primeira menstruação?** _____ anos
- **Idade da primeira relação sexual?** _____ anos
- **Idade da primeira gravidez?** _____ anos
- **Nº. Filhos:** _____ **Nº. Abortos:** _____ **Nº de filhos vivos:** _____
- **Parceiro íntimo:** 1()Amante 2()Namorado 3()Noivo 4()Companheiro – união consensual 5()Esposo – casado civilmente 6()Nenhum
- **Idade do Parceiro íntimo atual:** _____
- **Tempo de relacionamento com o parceiro íntimo?** _____
- **Seu parceiro íntimo exerce alguma atividade remunerada?** 1 () Sim 2 () Não

ANEXOS

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N

Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL

comitedeeticaufal@gmail.com - Tel: 3214-1041



CARTA DE APROVAÇÃO

Maceió-AL, 11/04/2016

Senhor(a) Pesquisador(a), RAQUEL FERREIRA LOPES
RUTH FRANÇA CIZINO DA TRINDADE

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 17/03/2016 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo nº **53083415.8.0000.5013**, sob o **VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/2.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: **ABRIL de 2017.**


Prof.ª Dr.ª Deise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Eu _____, tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo “*VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE*”, recebi das pesquisadoras: Raquel Ferreira Lopes, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Ruth França Cizino da Trindade, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a: Investigar a prevalência de violência doméstica entre mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde e identificar os fatores de risco associados e o perfil destas mulheres, utilizando como instrumentos um formulário estruturado e uma versão adaptada do questionário *Abuse Assessment Screen* (AAS).
- 2) Que a importância deste estudo é: a identificação de mulheres que sofram com violência doméstica, a partir de uma busca ativa livre de julgamentos ou preconceitos para alertar os profissionais de saúde e que medidas de intervenções mais eficazes sejam implantadas para diminuir a prevalência deste fenômeno social.
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são: Identificar mulheres que sofrem com violência doméstica, analisando o tipo de violência e os fatores de risco que tornam estas mulheres susceptíveis de serem vitimadas por violência e o perfil destas mulheres.
- 4) Que esse estudo começará em setembro de 2015 e terminará em dezembro de 2016

- 5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: respondendo de forma clara e verdadeira as perguntas contidas nos questionários, realizadas pelo entrevistador, após o meu consentimento e a assinatura deste termo.
- 6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: cansaço, constrangimento, desconforto emocional, medo dos agressores e violação da confidencialidade. Podendo suspender a minha participação deste estudo a qualquer momento.
- 7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: esclarecimentos sobre o conteúdo do questionário e objetivos da pesquisa, entrevista em ambiente calmo e tranquilo, em uma sala com porta e fechaduras e sem acompanhantes, permitindo maior privacidade às participantes; comunicação às unidades de saúde sobre as mulheres que sofrem com a violência doméstica, mediante a autorização em termo específico para o repasse das informações, para que as unidades possam acolhê-las e encaminhá-las para a rede de apoio disponível, como delegacias e centros especializados e garantia do anonimato das mulheres; identificação das participantes com pseudônimos; interrupção, cancelamento ou agendamento da entrevista em outro momento.
- 8) Que poderei contar com a assistência: informações atualizadas sobre o tema, sendo a responsável: Raquel Ferreira Lopes, residente na Rua Pedro Oliveira, n.º 18 B, Santos Dumont. CEP: 57075-055. Telefones: (082) 98894-8182, (082) 98117-7670.
- 9) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação é detecção por busca ativa de mulheres usuárias dos serviços de atenção básica de saúde que sofrem com violência doméstica, a identificação de fatores que as tornam susceptíveis a sofrerem com esta violência, reconhecimento de situações de violência pelas mulheres, empoderamento e fortalecimento da mulher, a fim de evitar situações de violência e a minimização da subnotificação desse fenômeno social.
- 10) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- 11) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

13) Que eu deverei ser ressarcido por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos.

14) Que eu receberei uma via do Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da participante voluntária:

Domicílio: (Rua, praça, conjunto):

Bloco:

Bairro:/ CEP:/ Cidade:/ Telefone:

Ponto de referência:

Contato de Urgência:

Domicílio: (Rua, praça, conjunto):

Bloco:

Bairro:/ CEP:/ Cidade:/ Telefone:

Ponto de referência:

Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Raquel Ferreira Lopes

Domicílio: (Rua, praça, conjunto): Rua Pedro Oliveira

Bloco:/ Nº./ Complemento: 18 LOTE B

Bairro:/ CEP:/ Cidade:/ Telefone: 57075-055, Maceió, AL

Telefone para contato: (82) 98894-8182/98117-7670

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A.C. Simões, cidade universitária.

Telefone: 3214-1041

Maceió, ____ de _____ de 201__.

Ruth F. da Trindade

Assinatura do Docente responsável pelo Estudo (rubricar as demais folhas)

Raquel Ferreira Lopes

Assinatura do responsável pelo Estudo (rubricar as demais folhas)

Assinatura do(a) voluntário(a) ou responsável legal (rubricar as demais folhas)

ANEXO C - VERSÃO ADAPTADA DO INSTRUMENTO ABUSE ASSESSMENT SCREEN (AAS)

Definições dos tipos de violência

- **Violência física** - empurrão, tapa, soco, chute ou surra, estrangulamento ou uso de arma de fogo ou branca.
- **Violência psicológica** - insulto, humilhação, intimidação ou ameaça.
- **Violência sexual** - ser forçada fisicamente a praticar sexo, praticar sexo por medo ou intimidação, ou praticar sexo de forma degradante.

1. Você já foi alguma vez maltratada fisicamente pelo seu parceiro ou alguém importante para você? 1() SIM 2() NÃO (Se não, pule para a questão 17)

2. Caso afirmativo (sim), quem? (Marque um X no número correspondente): 1 Marido
2 ex-marido 3 namorado 4 estranho 5 outro _____

3. Número de vezes _____

4. Neste último ano (12 meses), alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? 1() SIM 2() NÃO

5. Caso afirmativo (sim), quem? (Marque um X no número correspondente): 1 Marido
2 ex-marido 3 namorado 4 estranho 5 outro _____

6. Número de vezes _____

7. Quando você estava grávida, alguém lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? 1() SIM 2() NÃO

8. Caso afirmativo (sim), quem? (Marque um X no número correspondente): 1 Marido
2 ex-marido 3 namorado 4 estranho 5 outro _____

9. Número de vezes _____

10. Marque cada episódio de acordo com a escala a seguir da área traumatizada no diagrama do corpo humano:

11 - Ameaças de maus-tratos/agressão, inclusive com uma arma

12 - Tapa, empurrão; sem machucar ou ferimento ou dor duradoura

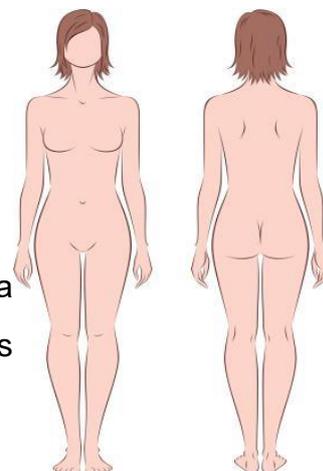
13 - Soco, chute, machucado/"mancha roxa", cortes e/ou dor contínua

14 - Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos quebrados

15 - Danos na cabeça, internos e/ou permanentes

16 - Uso de armas, ferimento por arma

17. Você já foi forçada a fazer relações sexuais por alguém? 1() SIM 2() NÃO
(Se não, pule para a questão 23)



18. Caso afirmativo (sim), quem? (Marque um X no número correspondente): 1 Marido
2 ex-marido 3 namorado 4 estranho 5 outro_____
19. Número de vezes _____
20. Neste último ano (de junho do ano passado a maio deste ano), alguém forçou você a realizar atividades sexuais? 1() SIM 2() NÃO
21. Caso afirmativo (sim), quem? (Marque um X no número correspondente): 1 Marido
2 ex-marido 3 namorado 4 estranho 5 outro_____
22. Número de vezes _____
- 23.** Você já foi alguma vez maltratada psicologicamente (insulto, humilhação, intimidação ou ameaça) pelo seu parceiro ou alguém importante para você?
1() SIM 2() NÃO (Se não, pule para a questão 27)
24. Caso afirmativo (sim), quem? (Marque um X no número correspondente): 1 Marido
2 ex-marido 3 namorado 4 estranho 5 outro_____
25. Número de vezes _____
26. Você tem medo do seu parceiro ou de alguém listado acima? 1() SIM 2() NÃO
- 27.** Você já presenciou episódios de violência (física, psicológica ou sexual) na sua família quando era criança? 1() SIM 2() NÃO
28. Seu pai/padrasto agredia sua mãe? 1() SIM 2() NÃO
29. Você já foi agredida fisicamente quando era criança? 1() SIM 2() NÃO
30. Caso afirmativo (sim), por quem?_____
31. Já conversou com alguém sobre essas agressões? 1() SIM 2() NÃO
32. Caso afirmativo (sim), quem? (Por favor, marque com um círculo uma ou mais opções): 1 Amigo 2 Família 3 Profissional da saúde 4 Profissional de justiça
5 outro_____
33. Número de vezes _____

ANEXO D - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB)

QUANTIDADE DE ITENS					
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA					
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3 ^a . Série Fundamental				0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4 ^a . Série Fundamental				1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo				2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo				4
Superior completo	Superior completo				8

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 17