

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TELMA LUCAS BORGES FRANCO

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE
GUAXUPÉ, MG - BRASIL**

**Alfenas/MG
2013**

TELMA LUCAS BORGES FRANCO

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE
GUAXUPÉ, MG - BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, MG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

Co-orientadora: Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

**Alfenas/MG
2013**

Franco, Telma Lucas Borges.

Violência doméstica contra a mulher no município de Guaxupé -
MG, Brasil / Telma Lucas Borges Franco. - Alfenas, 2013.
110 f. -

Orientador: Denismar Alves Nogueira
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
de Alfenas, Alfenas, MG, 2013.
Bibliografia.

1. Violência contra a Mulher. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Identidade de Gênero. 4. Enfermagem. I. Nogueira, Denismar Alves.
II. Título.

CDD: 610.73



TELMA LUCAS BORGES FRANCO

**“VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE GUAXUPÉ, MG -
BRASIL”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 26/03/2013

Prof(a). Dr(a). Denismar Alves Nogueira
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Prof(a). Dr(a). Eliana Peres Rocha Carvalho
Leite
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Prof(a). Dr(a). Zeyne Alves Pires Scherer
Instituição: Universidade de São Paulo – USP

Assinatura:

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Antonieta, minha maior incentivadora, a pessoa mais amada e importante da minha vida. O que existe de melhor em mim, eu devo a você. Amo, sempre.

AGRADECIMENTOS

À Deus e a Santo Expedito, pela proteção durante toda minha vida e por realizarem meus sonhos.

Aos meus pais, por estarem ao meu lado sempre que se faz necessário. Por me ajudarem e incentivarem a percorrer este caminho.

Ao Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira, pelo carinho, confiança, compreensão, acolhimento e competência destinados à execução deste trabalho. Obrigada por dividir comigo todas as dificuldades e alegrias deste processo. Sem você, não seria possível.

À Profa. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim, por incentivar meu crescimento profissional desde o início da graduação. Pelo exemplo de excelência, competência e, principalmente, amizade, sempre compartilhando seu conhecimento e estando ao meu lado em todos os momentos. Minha imensa admiração e agradecimento.

À minha querida Avó Maria, pelo exemplo de amor, por todos os seus sorrisos e olhares carinhosos e toda sua imensa bondade.

Ao meu irmão, Caetano, por estar ao meu lado durante todo esse trabalho, me acolhendo e admirando.

À toda família, tios, tias e primos, em especial à Larissa e ao Francisco por alegrarem tanto a minha vida.

Ao Bruno, por todo companheirismo, amor, cumplicidade e amizade. Você me dá forças para continuar, me mostra que sou capaz. Obrigada por estar sempre presente e por me ajudar a concluir este trabalho.

Aos queridos, Edino, Maria Regina, Maria Luiza e toda a família, por me acolherem tão bem e por serem exemplos de pessoas para mim.

Aos amigos de Caldas, pela amizade eterna.

A todos os profissionais envolvidos, pela confiança.

À minha madrinha Valéria, por me apoiar e se alegrar sempre com minhas conquistas. Aos queridos amigos da pós-graduação, pelo incentivo e por estarem sempre dispostos a ajudar.

À Profa. Dra. Eliana Peres Rocha Carvalho Leite, pelo carinho com que tratou este trabalho, contribuindo imensamente para sua melhoria.

À Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer, pela disponibilidade e pelas importantes contribuições para a finalização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde, à Delegacia de Polícia Civil de Guaxupé e a todos que contribuíram para realização deste trabalho.

RESUMO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, uma vez que acompanha toda a sociedade e que ocorre em todos os níveis de desenvolvimento social e econômico. Os serviços de saúde e as delegacias de polícia são os locais mais frequentemente procurados por essas mulheres, ocupando, portanto, lugar de destaque no manejo desses casos. Estudo com abordagem metodológica quantitativa, do tipo descritivo, exploratório e transversal e teve como objetivo identificar a existência de violência contra a mulher no município de Guaxupé, Minas Gerais, entre as usuárias da Estratégia de Saúde da Família (ESFs) e as que registram boletim de ocorrência (BO) na Delegacia Regional da Polícia Civil. A coleta de dados foi realizada em dois momentos: primeiramente foram aplicados questionários às mulheres residentes nas áreas adstritas das ESFs e posteriormente realizou-se a avaliação da violência contra a mulher, com o estudo dos BOs, na delegacia. Foram aplicados 348 questionários às mulheres das ESFs e estabeleceu-se 95% de confiança e margem de erro de 5%. Para as análises estatísticas descritivas e analíticas foi utilizado o software SPSS, versão 17, utilizando o teste Qui-quadrado, o Exato de Fischer e o Kruskal-Wallis para explorar as relações existentes entre as variáveis do estudo. Verificou-se que 37,6% das mulheres entrevistadas sofreram violência doméstica em algum momento de suas vidas, sendo que a violência psicológica e moral foi a mais identificada entre as mesmas, seguida da violência física, sexual e patrimonial. Os principais agressores dessas mulheres foram os ex-cônjuges (37,4%) e os cônjuges (35,9%) e, no ato da agressão, 41,6% destes estavam alcoolizados. O ambiente doméstico foi o local de maior ocorrência da violência, enquanto 34,4% afirmaram ter denunciado seu agressor junto à delegacia. Num segundo momento, foram coletados 163 BOs que se enquadravam na Lei Maria da Penha, onde as vítimas eram mulheres, e estabeleceu-se 95% de confiança e margem de erro de 4,4%. A maioria das vítimas e dos agressores se encontra na faixa etária entre 20 e 34 anos e foi encontrado um baixo nível de escolaridade entre os envolvidos nas denúncias. Os finais de semana foram considerados os mais propícios para ocorrer violência contra a mulher, sendo que 49% dos BOs foram registrados aos sábados e domingos, período este em que o agressor fica mais tempo no domicílio, principalmente no período da noite, entre as 18h e 23h. Em 66,7% dos BOs não foi encontrada presença de lesão física contra a vítima, e os agressores dessas mulheres, em sua maioria, eram seus companheiros ou ex-companheiros. Relacionando os BOs com as áreas adstritas das ESFs do município percebe-se que 27,6% destes compreendem endereços correspondentes a essas áreas. Os resultados corroboram com pesquisas anteriores realizadas no país para descrever o fenômeno da violência contra a mulher e apontam para a necessidade de intervenção multiprofissional e intersetorial junto às vítimas e suas famílias, como também a criação de políticas públicas direcionadas a esses casos, de forma a promover a integralidade das ações voltadas para o bem estar e segurança dos envolvidos, tanto no âmbito judicial, quanto no da saúde. Para o município, este estudo passa a constituir os primeiros dados sobre violência contra a mulher, relacionados com o serviço de saúde, o que permitirá à saúde pública implementar ações de prevenção mais efetivas.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher. Atenção Primária à Saúde. Identidade de Gênero. Enfermagem.

ABSTRACT

Violence against women is a public health problem, once it accompanies the whole society and occurs at all levels of social and economic development, and the locals more often sought by those women are the police stations and the health services, occupying therefore a prominent place in the management of these cases. This research has the quantitative approach of the descriptive type, exploratory and transversal and aimed to identify the existence of violence against women in the city of Guaxupé, Minas Gerais, among users of the “Estratégia de Saúde da Família” – ESFs (Family Health Strategy) and those who have recorded a police report (PR) at the Regional Civil Police. Data collection was performed in two stages: first questionnaires were administered to women living in the nearby areas of ESFs and subsequently it was held the assessment of violence against women, with the study of PRs at the police station. 348 questionnaires were administered to women of ESFs, settled 95% confidence and a margin of error of 5%. For descriptive and analytical statistical analyzes we used SPSS software, version 17, using the chi-square test, the Fisher’s Exact, and the Kruskal-Wallis test to explore the relationships between the variables of the study. The percentage of 37,6% of the women interviewed suffered domestic violence at some point in their lives, and the moral and psychological violence were more frequently identified, pursued by the physical, sexual, and patrimonial violence. The main perpetrators of these women were former partners (37,4%) and spouses (35,9%) and in the act of aggression 41,6% of these were drunk. The domestic environment was the most frequent site of violence, while 34,4% said they had denounced their attacker to the police station. In the second phase, we collected 163 PRs that were classified under the Maria da Penha Law, those victims were women and it was established 95% confidence and a margin of error of 4,4%. Most victims and perpetrators were in the age range from 20 to 34 years and it was found a low level of education among those involved in the complaint. The weekends were considered more likely to occur violence against women, with 49% of the PRs were recorded on Saturdays and Sundays, a period in which the offender is more time at home, especially during the night from 6pm to 11pm. In 66,7% of BOs it was not found the presence of physical injury on the victim and the perpetrators of these women were mostly their partners or ex-partners. Relating the PRs with the areas connected to the ESFs of the municipality it was realized that 27,6% of these addresses corresponding to those areas. The results corroborate with previous research conducted to describe the phenomenon of violence against women and point to the need for intersectorial and multidisciplinary intervention alongside victims and their families, as well as the creation of public policies directed to these cases in order to promote the completeness of actions for the welfare and safety of those involved, both in the judiciary, as well as in healthcare. For the city of Guaxupé these become the first data on violence against women related to the health service, which will allow the implement of more effective preventive actions by the municipality.

Keywords: Violence against women. Primary health care. Gender Identity. Nursing.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 -	Representação geográfica das áreas adstritas das ESFs. Guaxupé-MG. Brasil, 2012.....	36
Figura 2 -	Distribuição geográfica dos locais de ocorrência de violência relatados pelas mulheres via entrevista, nas ESFs. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	65
Figura 3 -	Distribuição geográfica das ocorrências de violência contra a mulher registrados nos BOs. Guaxupé - MG. Brasil, 2012.....	74
Figura 4 -	Sobreposição geográfica das ocorrências de violência relatadas nas ESFs e dos locais registrados nos BOs. Guaxupé-MG. Brasil, 2012.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, nas estratégias saúde da família segundo faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião e filhos. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	45
Tabela 2 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência geral. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	50
Tabela 3 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo os comportamentos específicos dos relatos de agressões. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	52
Tabela 4 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, nas estratégias saúde da família, a caracterização da agressão. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	53
Tabela 5 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, nas estratégias saúde da família, segundo o tipo de violência referido. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	57
Tabela 6 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência física. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	59
Tabela 7 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência sexual. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	62
Tabela 8 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência patrimonial. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	64
Tabela 9 -	Distribuição das vítimas e dos agressores de violência doméstica e familiar registrados nos boletins de ocorrência na 18ª Delegacia de Polícia Civil segundo faixa etária, ocupação, escolaridade, sinais de sofrimento mental e sinais de substâncias tóxicas. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	67
Tabela 10 -	Distribuição dos boletins de ocorrência referentes a violência doméstica e familiar contra a mulher, segundo dia da semana, horário, tipo de lesão e relação vítima/agressor. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	71
Tabela 11 -	Distribuição dos boletins de ocorrência referentes à violência doméstica e familiar contra a mulher segundo os bairros de acontecimento do fenômeno. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	73

Tabela 12 -	Distribuição das vítimas de violência entrevistadas nas ESFs e dos boletins de ocorrência referentes à violência doméstica e familiar contra mulher segundo a área adstrita de casa ESF do município. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.....	75
Tabela 13 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência geral. Guaxupé – MG, 2012.....	98
Tabela 14 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência psicológica/moral. Guaxupé – MG, 2012.....	100
Tabela 15 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência física. Guaxupé – MG, 2012.....	103
Tabela 16 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência sexual. Guaxupé – MG, 2012.....	105
Tabela 17 -	Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência patrimonial. Guaxupé – MG, 2012.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MUCAMA	Mulheres com Câncer de Mama
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDAPS/MG	Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde de Minas Gerais
PIB	Produto Interno Bruto
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1	INTRODUÇÃO..... 16
1.1	Violência contra a mulher..... 18
1.2	Histórico das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher..... 20
1.3	Violência contra a mulher sob a ótica da saúde pública..... 25
1.4	Violência contra mulher e a enfermagem..... 28
2	REFERENCIAL TEÓRICO..... 31
3	OBJETIVOS..... 33
3.1	Objetivo geral..... 33
3.2	Objetivos específicos..... 33
4	MÉTODO..... 34
4.1	Tipo de estudo..... 34
4.2	Local de estudo..... 34
4.3	Aspectos Éticos..... 37
4.4	População do estudo..... 37
4.4.1	Amostra do estudo..... 38
4.5	Instrumento de coleta de dados..... 39
4.6	Procedimento de coleta de dados..... 40
4.7	Análise estatística dos dados..... 41
4.8	Representação gráfica dos dados georreferenciados..... 42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 43
5.1	Violência contra a mulher caracterizada pelas entrevistas com as mulheres nas ESFs..... 43
5.1.1	Características socioeconômicas das mulheres, vítimas de violência, entrevistadas nas ESFs..... 45
5.1.2	Prevalência da violência contra a mulher nas ESFs..... 49
5.1.3	Caracterização das agressões sofridas pelas mulheres, vítimas de violência, entrevistadas nas ESFs..... 53
5.1.4	Tipos de violência sofridos pelas mulheres entrevistadas nas ESFs..... 57

5.2	Características socioeconômicas levantadas nos boletins de ocorrência.....	66
5.3	Associação dos locais de ocorrência da violência registrados nos BOS com a violência relatada nas áreas adstritas dos ESFs.....	75
6	CONCLUSÃO.....	78
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
	ANEXO A.....	91
	ANEXO B.....	92
	APÊNDICE A.....	93
	APÊNDICE B.....	94
	APÊNDICE C.....	95
	APÊNDICE D.....	96
	APÊNDICE E.....	97
	APÊNDICE F.....	98
	APÊNDICE G.....	100
	APÊNDICE H.....	103
	APÊNDICE I.....	105
	APÊNDICE J.....	108

APRESENTAÇÃO

Em 2006, iniciei a minha formação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG), instituição com conceito de excelência na formação do profissional enfermeiro. No segundo ano do curso, entrei em contato com o projeto de Extensão - Mulheres com Câncer de Mama (MUCAMA), que promove o cuidado físico e psicológico das mulheres com essa patologia na cidade de Alfenas e na região. Este trabalho despertou meu interesse em estudar e pesquisar sobre a saúde da mulher, fato que se concretizou, sob a orientação da coordenadora do projeto. Iniciei minha trajetória na iniciação científica, estudando o perfil das mulheres que frequentavam o MUCAMA em diferentes aspectos. Este foi meu primeiro contato com a pesquisa científica, o que me levou, posteriormente, a desenvolver outros estudos científicos, com diferentes enfoques, e sempre voltados para a saúde coletiva.

Após a conclusão da graduação, atuei como professora voluntária da disciplina Enfermagem e Saúde da Mulher, auxiliando a docente responsável da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG, nas aulas práticas e supervisionando estágio curricular dos alunos, nas quais eram realizadas consultas de enfermagem às mulheres que compareciam ao serviço de obstetria e ginecologia. Paralelamente a essa experiência, fui tutora do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde de Minas Gerais (PDAPS/MG), que é uma estratégia do governo estadual com o objetivo de reorganizar os sistemas de saúde municipais através da consolidação e integração dos serviços de saúde, fortalecendo assim, a Atenção Primária à Saúde. Essas duas atividades me colocaram frente à problemática da violência invisível que se atende nos serviços de saúde.

Em 2011, ao iniciar minhas atividades profissionais em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Guaxupé, sul de Minas Gerais, tive a oportunidade de conhecer as estratégias de saúde oferecidas às mulheres nesse município.

Feito um levantamento dos casos notificados de violência contra a mulher no município, constatei que as notificações se iniciaram no ano de 2010, e até o ano de 2011 apenas 11 casos de violência haviam sido notificados, segundo dados do setor de Vigilância Epidemiológica. Aliado a minha vontade de promover pesquisas científicas que buscassem melhorias na saúde da mulher e ao deparar-me com o

déficit de preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, com a falta de intervenções de saúde para lidar com esta problemática e observando certa dificuldade dos profissionais de saúde em perceberem este fenômeno e cuidarem da vítima de violência e sua família, iniciei meu trabalho no município.

Quando se identifica e compreende as práticas de saúde que os profissionais devem ter voltadas para a situação de violência contra a mulher, permite-se criar diretrizes e políticas de assistência a essa vítima, na questão do enfrentamento desse fenômeno social e histórico que, na maioria das vezes, é tido como natural.

Considero esses períodos enriquecedores, pois essas vivências me motivaram a investigar a questão da violência doméstica contra a mulher, visto a importância social e econômica que ela exerce na atualidade e alicerçada pela inquietação que me remetia a esse fenômeno ainda se mostrar invisível perante as ações dos profissionais da saúde e da sociedade.

Portanto, acredito ser importante identificar a realidade da violência praticada contra as mulheres, para que estratégias de saúde sejam traçadas, a fim de melhorar a qualidade de vida dessas vítimas.

Frente à realidade encontrada no município de Guaxupé e com a oportunidade de me qualificar enquanto profissional da saúde iniciei-me na pós-graduação, buscando conhecer a realidade do fenômeno da violência contra a mulher para posteriormente propor estratégias no campo de trabalho, visto a sua relevância. Fez-se necessário conhecer, portanto, as características das vítimas de violência, de seus agressores e o que os boletins de ocorrência estão registrando nesse sentido, para que com isso se obtenha a situação real de violência doméstica e familiar contra a mulher no município.

Os resultados obtidos neste estudo visam contribuir para a prática e para a pesquisa em Enfermagem, a fim de sensibilizar os profissionais e órgãos responsáveis sobre a magnitude do fenômeno da violência contra a mulher, promovendo uma maior visibilidade do problema, a fim de mostrar a necessidade de profissionais da saúde empenhados e atentos na identificação dos casos de violência para que a vítima receba a assistência adequada, pois ocupam posições estratégicas nos serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

o uso intencional da força física, da ameaça, do poder real praticado contra si ou contra o outro, ou ainda, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou venha a resultar em lesão, morte, danos psicológicos, deficiência de desenvolvimento ou privação. Uma vez que é um fenômeno aplicado para coagir ou submeter outra pessoa ao domínio de seu consentimento (KRUG et. al., 2002).

A violência não é um fenômeno contemporâneo e existe desde os primórdios da civilização, para tanto há registros de disputas por território, poder e sobrevivência, o que levava ao uso da violência pelo homem (DALTOSO, 2009).

Não há um fator único que explique o fato de algumas pessoas se comportarem de forma violenta em relação às outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamentos sociais, culturais e ambientais (BRASIL, 2005a).

Portanto, na sociedade contemporânea, a violência é tema constante nas pautas de discussão dos problemas sociais, considerada objeto de pesquisa de várias áreas do conhecimento a fim de gerar esclarecimento a cerca de tal fenômeno, já que este atinge cada vez mais pessoas (OKABE, 2010).

O modelo ecológico propõe quatro planos para compreensão da interação da violência e para entender as raízes deste fenômeno: o individual, o relacional, o comunitário e o social. Cada um desses planos engloba o anterior, tanto para reforçar, quanto para prevenir os elementos de risco (BRASIL, 2005a).

O plano individual envolve fatores históricos, biológicos, pessoais, como a impulsividade, abusos sofridos na infância ou o uso de substâncias químicas, que podem vir, ou não, a desencadear a violência (BRASIL, 2005a).

O plano relacional depende da qualidade dos relacionamentos familiares e de amizades, esse tipo de relação dado pela família e pelas pessoas mais próximas faz diferença quando na questão de prevenir agravos de violência (BRASIL, 2005a).

O plano comunitário se descreve pela natureza dos vínculos que ligam uma pessoa a grupos que podem induzir ou não a violência, como vizinhos, ambiente de trabalho, amigos, grupos que podem abrir ou fechar as portas para a violência.

Quando existe uma rede estável e solidária nas suas relações, dificilmente a violência encontra meios de se manifestar. Porém ela pode ser estimulada, quando a pessoa vive em um ambiente com riscos sociais intensos, como o desemprego, a desordem urbana, a criminalidade e as drogas (BRASIL, 2005a).

No plano social ocorrem as mesmas coisas. A violência se manifesta quando as leis, as normas e os sistemas institucionais são negligentes e tolerantes em relação à ela. Já em sociedades que estabelecem freios nítidos à violência, as agressões deixam de ser um comportamento naturalizado (BRASIL, 2005a).

Esse modelo ecológico ajuda a compreender melhor os alicerces da violência, porém, é perfeitamente possível que uma pessoa viva em condições de risco em todos esses planos e jamais apresente comportamento violento (BRASIL, 2005a).

Ao considerar a violência como um dos mais complexos fenômenos da sociedade, principalmente nas áreas urbanas, faz-se necessário percebê-la como a interação de diversos fatos e planos, evitando-se assim a busca de respostas simplistas e unidimensionais para o problema (MINAYO, 2003).

Então, há aproximadamente quatro décadas, o fenômeno da violência começou a ser pesquisado. Mesmo sendo um fenômeno antigo, foi silenciado ao longo dos anos. Hoje é considerada questão de justiça e de direitos humanos, que prevê pesquisas que auxiliam no esclarecimento do impacto causado por esses agravos na população, manifestando-se desde o trabalho até ao convívio doméstico (BRASIL, 2004a).

Por isso, a violência é considerada um problema de saúde pública, uma vez que acompanha toda a sociedade e que ocorre em todos os níveis de desenvolvimento social e econômico. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitá-la. Visto que além de causar danos físicos e emocionais, necessita de um grande número de ações para sua prevenção e tratamento (SCHRAIBER; OLIVEIRA, 2006).

1.1 Violência contra a mulher

A questão da violência contra mulher, também conhecida como violência doméstica, de gênero ou perpetrada por parceiro íntimo, não deve ser analisada pelos fatos individuais isolados, e sim compreendida pelo reflexo da desigualdade social, econômica e política, que se perpetua pelas questões sociais que mostram ideologias sexistas, racistas e classistas (MONTEIRO, 2005).

Dados sobre a violência contra a mulher, demonstram que a maioria ocorre no âmbito doméstico e atinge de 25% a 50% das mulheres, gerando custos para prevenção e tratamento da ordem de 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB). É estimado que, no Brasil, 70% dos crimes cometidos contra a mulher ocorram dentro dos lares e são praticados por marido ou parceiros íntimos (CARREIRA; PANDJIRJIAN, 2003).

Essa condição repete a situação mundial em que, uma em cada três mulheres sofreu espancamento, foi coagida ao sexo ou abusada de alguma maneira durante sua vida. Por isso, a violência contra a mulher, hoje, é considerada uma questão de saúde e está diretamente relacionada a queixas como dores musculares, depressão, dor pélvica, infecções urinárias de repetição, abortamento, partos prematuros entre outras (SCHRAIBER; OLIVEIRA, 2006).

Para tanto, a violência é um dos principais indicadores da discriminação. Em 2002, no Relatório Mundial sobre Violência da OMS, foi destacada a visível perturbação humana e o elevado custo à rede de saúde pública. Custos relativos às hospitalizações e à assistência física e psicológica destinadas às vítimas de violência trazendo assim questões que repercutem no mercado de trabalho já que promovem prejuízos ao desempenho profissional da vítima. A fim de reverter esse quadro é necessária organização do sistema, promovendo e implementando estratégias de prevenção da violência contra a mulher (DALTOSO, 2009).

No Brasil, uma forma de combate ao fenômeno da violência contra a mulher foi criada em 2005. A Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, é uma importante fonte de informações com a função de orientar as mulheres que estão na zona de risco da violência sobre os seus direitos e onde encontrar ajuda especializada, e auxiliam o monitoramento da rede de atenção à saúde da mulher no território nacional (BRASIL, 2007).

De janeiro a junho de 2010, a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, registrou 343.063 atendimentos, o que representa um aumento de 112% em relação ao mesmo período de 2009 (161.774). As ameaças foram verificadas em 8.913 situações. É considerada a segunda maior manifestação de crime relatado pelas cidadãs que acessam a Central, precedida apenas pelo crime de lesão corporal (BRASIL, 2007).

Nas Delegacias de Polícia, as ameaças e os crimes de lesão corporal também são apontados como os de maior incidência na questão da violência contra a mulher. Enquanto 69,7% das mulheres declaram não depender financeiramente do agressor, 68,1% dos filhos presenciam a violência cometida contra a mulher e 16,2% sofrem violência junto com a mãe (BRASIL, 2007).

Os órgãos que dão assistência à mulher vítima de violência são criados porque a sociedade percebe a violência doméstica contra a mulher como um problema de maior gravidade e reconhece sua existência e as sérias consequências que ela traz, tanto físicas quanto psicológicas às vítimas. Pesquisa realizada no Brasil, em 2006, mostrou que 33% da população brasileira acima de 16 anos tem como maior preocupação a violência praticada contra as mulheres (dentro e fora de casa), ilustrando a magnitude da problemática da violência contra a mulher. Para 55% da população este é um dos três grandes problemas que afligem as mulheres e não obstante, 51% dos entrevistados conhecem pelo menos uma vítima que foi agredida pelo companheiro, ratificando dados da OMS segundo os quais 50% dos crimes cometidos contra mulheres no mundo são cometidos pelos seus (ex) companheiros (BRASIL, 2007).

A violência não acontece subitamente, as tensões cotidianas que acometem o ambiente familiar vão se tornando frequentes e levam o agressor a praticar tal ato contra sua parceira, o que se denomina ciclo de violência. O ciclo da violência doméstica pode ser dividido em três fases, nas quais a mulher vivencia toda a dinâmica da relação com o agressor, voltando sempre ao mesmo ponto (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2007).

A primeira fase é observada quando o casal passa por tensões cotidianas como humilhação, intimidação e provocações mútuas, havendo pequenos conflitos frequentes. A segunda fase ocorre quando o agressor agride física, psicológica ou sexualmente a mulher. A figura dominadora do homem muitas vezes lhe dá a sensação de superioridade em relação ao sexo feminino, confirmando sua

identidade machista. A terceira fase, conhecida como “lua de mel” é quando o agressor apresenta arrependimento, há pedidos de desculpa e promessas de um novo comportamento. O homem tenta conquistar novamente a mulher, justificando suas agressões, como por exemplo, o fato de estar alcoolizado ou de ter tido um dia intenso de trabalho, mantendo esperança de mudanças e promessas mútuas (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2007).

Este ciclo caracteriza-se pela sua repetição, podendo ser cada vez mais frequente a fase da agressão, enquanto que as fases de tensão e ‘lua de mel’ tendem a diminuir. Quando a mulher deixa de acreditar na mudança do comportamento do agressor, ela pede ajuda (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2007).

A mulher procura ajuda nas delegacias de polícia e nos serviços de emergência, serviços estes, que podem possuir limitações no atendimento à vítima. Esse despreparo pode acarretar em preconceitos de culpa por parte da vítima, fazendo com que esta se sinta desestimulada a denunciar o agressor. E por lado, os profissionais que acolhem esta vítima estão muito preocupados com a perseguição ao agressor e deixam de dar a atenção necessária à vítima para o que o tratamento físico e mental possa ocorrer de acordo com as suas necessidades (DIAS, 2007).

Em vista disso, a violência contra a mulher caracteriza-se como um problema social importante em que suas sequelas são tentativas de suicídio, uso de álcool e drogas, distúrbios gastrintestinais e neurológicos, provocando conseqüentemente sofrimento psíquico, causado pelo medo e incapacidade de enfrentar a situação vivida. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada à gravidez indesejada, à dor pélvica crônica, à doença inflamatória pélvica e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Por essas razões fazem-se necessárias pesquisas que venham a contribuir para prevenção do fenômeno (MOREIRA, 2008).

1.2 Histórico das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher

Com a visibilidade e magnitude da violência contra mulher, enquanto problema de saúde pública mundial e fato que viola os direitos humanos foram

criados e fortalecidos fóruns em tal defesa, possibilitando, pela primeira vez, o planejamento e execução das políticas públicas de assistência às necessidades das mulheres vítimas de violência. Essas iniciativas mudaram o setor brasileiro, e criou-se, por exemplo, há mais de 10 anos, as Delegacias de Defesa da Mulher (FONSECA et al., 2009).

Contudo, o fenômeno da violência contra a mulher começa a ganhar visibilidade no cenário brasileiro a partir da década de 80, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM dá diretrizes sobre as questões dos direitos sexuais e reprodutivos, dando enfoque à reflexão sobre a violência de gênero e especifica o olhar para o problema em todo serviço público (DALTOSO, 2009).

A primeira Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM), foi criada em 1985 e significou o entendimento de que a violência praticada contra as mulheres era um problema de saúde pública, social e que necessitava de ações públicas tanto na área de segurança e do direito, como também na área da saúde, visando o enfrentamento deste fenômeno (VILLELA; LAGO, 2007).

Com o advento das leis e das DEAMs, outros tipos de violência, como ameaças e lesão corporal começam a ganhar visibilidade perante o sistema de justiça criminal, e esses dados passam a entrar nas estatísticas como uma nova forma de denúncia (BRASIL, 2005b).

A Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo 8º, artigo 226, diz que: “O Estado assegurará a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações” (BRASIL, 1988).

Em 1994, aconteceu a Convenção de Belém do Pará, que ao discutir a violência contra mulher, afirmou que esta se constitui em violação da liberdade fundamental, além de infringir os direitos humanos, e retira da vítima o gozo e o exercício dos direitos de cidadania e de liberdade (BRASIL, 2004b).

A Convenção tornou pública e notória essa área temática, foi um evento de suma importância para o fenômeno violência e ampliou o conceito para qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. A Convenção de Belém do Pará foi adotada por aclamação na Assembleia Geral da

Organização dos Estados Americanos (OEA) e ratificada pelo Estado Brasileiro, em novembro de 1995 (BRASIL, 2005a).

No mesmo ano, no Brasil, a Lei n. 9.099 instituiu os Juizados Especiais, regulamentando dispositivo constitucional, no artigo 98, capítulo II, da Constituição Federal que define que os crimes com pena de até um ano são considerados de menor potencial ofensivo. Os crimes relacionados à violência doméstica eram analisados pelo Poder Judiciário com base nesta Lei, sendo considerados como de menor potencial ofensivo. O fato de ser considerado um crime de menor potencial ofensivo era uma das críticas que as entidades que realizavam atendimento às mulheres em situação de violência, grupos de feministas, organizações não governamentais e especialistas do tema faziam. A histórica da reivindicação dos movimentos feministas para criminalização da sempre banalizada violência contra a mulher, caminhou em sentido contrário ao da atribuição de menor potencialidade ofensivo (BRASIL, 2005b).

Assim, a violência contra mulher precisava ser desnaturalizada pela sociedade, e para que isso acontecesse, o combate à violência devia ser integrado aos fatores políticos, legais e, principalmente, culturais. Com essa intenção, foi promulgada em 24 de novembro de 2003 a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher. De acordo com essa lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas ou privadas estão obrigadas a notificar tais casos, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares) e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais) (BRASIL, 2005b).

Reitera-se que essa lei não deixa claro ao profissional de saúde a forma em que essa notificação deve ser feita, fato que pode contribuir para omissão e, conseqüentemente, para a ineficácia do instrumento legal (SALIBA et al., 2007).

Além disso, foi sancionada pelo Presidente da República, em junho de 2004, uma Lei que tipifica violência doméstica, a Lei 10.886, no Código Penal Brasileiro. Com a sanção presidencial, o artigo 129 do citado Código passa a vigorar com a seguinte redação:

Violência Doméstica:

§ 9º – Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.

§ 10º – Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) (BRASIL, 2004c).

Vale ressaltar que, mesmo que o fenômeno violência ganhe visibilidade, ainda é previsto em lei que somente haverá criminalização quando existir lesão corporal, portanto, avançando pouco juridicamente em relação aos outros tipos de violência que são tão importantes quanto os que têm lesão corporal (BRASIL, 2005b).

Até 2006, a violência contra as mulheres não estava especificada no Código Penal Brasileiro. Fato este que foi modificado com a Lei 11.340, momento histórico e importante na luta da violência contra mulher. Também conhecida como Lei Maria da Penha, trata, em linhas gerais, do aumento do rigor das punições às agressões contra as mulheres no âmbito doméstico ou familiar, possibilitando a figura do "flagrante" e que a prisão preventiva seja decretada, além de aumentar as penas e outras medidas protetoras. Essa nova lei também estabelece diretrizes para que o Estado, nas suas diversas instâncias, se organize para mudar o quadro anterior de sofrimento, adoecimento e desigualdade (BRASIL, 2006a).

A Lei Maria da Penha provocou avanços no atendimento jurídico dos casos de violência contra a mulher, sendo que o principal ganho foi a definição da violência doméstica e familiar contra a mulher independente de sua orientação sexual. Ademais, a determinação de que a mulher só pode renunciar à denúncia perante o juiz; teve também a retirada dos juizados especiais e criminais a competência para julgar os crimes de violência doméstica contra a mulher; além de prever pena de três anos, permitiu a prisão preventiva decretada e ainda previu medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio até a proibição de sua aproximação da mulher agredida e filhos (DALTOSO, 2009).

A Lei Maria da Penha define as diferentes formas de violência contra a mulher em seu capítulo II, artigo 7º. Esta Lei considera as seguintes formas de violência doméstica contra a mulher:

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

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas

ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

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

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

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006a).

Portanto, os cinco grandes tipos de violência outorgados pela Lei Maria da Penha mostram que a violência contra a mulher está inserida em todos os contextos sociais e repercute na integralidade da mulher, causando não somente danos físicos como também psicológicos à saúde da mulher.

Em 2007, foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher que previu na Agenda Social do Governo Federal, um acordo entre os governos federal, estadual e municipal brasileiros para o planejamento dessas ações que visam a implementação de políticas públicas de saúde em todo território nacional (BRASIL, 2007).

Este pacto visa uma estratégia de gestão na orientação de políticas de saúde, garantindo a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres. Ele propõe organizar as ações de enfrentamento da violência contra a mulher alinhando aspectos técnicos, políticos, culturais, sociais e conceituais acerca do tema, orientando procedimentos, construindo protocolos, normas e fluxos que institucionalizem e garantam legitimidade aos serviços prestados e às políticas implementadas (BRASIL, 2007).

Considerando a complexidade de questões envolvendo mulher e violência e propondo soluções às causas estruturais e históricas que levam a situação de violência, diferentes áreas do governo (Planejamento, Orçamento, Justiça, Educação, Saúde, Assistência social, Trabalho, Segurança pública, Cultura, entre outros) assumem a responsabilidade desse problema de saúde. E, além disso, no Pacto está previsto a articulação entre os três níveis de poderes (Executivo,

Legislativo e Judiciário), para que haja garantias no atendimento integral à saúde da vítima (BRASIL, 2007).

Com vistas a prevenir a violência doméstica contra a mulher, o desafio atual da saúde é incorporar esse fenômeno nas práticas assistenciais do cotidiano, realizando mudanças na organização dos serviços de saúde e promovendo o vínculo e o diálogo entre os profissionais e as vítimas (ANDRADE, 2009).

Apesar de verificar um progresso nas questões relacionadas a políticas e legislações que protegem a mulher, observa-se que o avanço para deter o problema da violência doméstica é ainda tênue, pois a mudança está relacionada com comportamento social.

1.3 Violência contra a mulher sob a ótica da saúde pública

No sistema capitalista, que leva em conta a produção econômica, intensifica-se a importância da implementação de políticas públicas de saúde que visam ao enfrentamento da violência contra a mulher e a preveni-la, já que esta exerce papel importante no cenário do mercado de trabalho.

E o alto índice de violência contra a mulher que gera o comprometimento da produtividade econômica do país, levou o setor de saúde a investigar o fenômeno da violência, atribuindo-lhe grande importância, pois gera custos para o sistema de saúde, para a polícia, poder judiciário, para os órgãos de apoio à mulher, entre outros. Ressaltando que é de suma importância a investigação dos assuntos por conta das repercussões desse fenômeno na vida das mulheres e suas famílias. Por conta de seu caráter multifacetado, a violência doméstica contra a mulher é um problema social, político, econômico e de saúde, daí requerer a integração de conhecimentos e serviços (GOMES et al., 2009).

Quando se fala em assistência à vítima de violência, percebe-se que o profissional de saúde ocupa um lugar estratégico na identificação deste fenômeno. Entretanto, esses profissionais ainda não estão preparados para investigar a violência e prestar assistência apropriada à mulher. Reflexo este do paradigma positivista na formação de tais profissionais, que se fundamentam no doente e na cura, onde não há observação de sinais e sintomas que estas vítimas possam estar

apresentando, mas que o profissional não identifica, por não conhecer os aspectos clínicos e a história de violência (DINIZ et al., 2002; SCHRAIBER et al., 2003a; GARBIN et al., 2006).

No âmbito dos serviços de saúde, os reflexos trazidos pela violência são nitidamente percebidos tanto em gastos financeiros quanto pela complexidade do atendimento a uma vítima da violência. A prevenção deve ser estabelecida, o profissional não pode se voltar apenas para lesões corporais, que é o que mais vem acontecendo no cenário da saúde (MOURA; REICHENHEIM, 2005).

Para que essa assistência à saúde ocorra da melhor forma e adequadamente é necessário capacitar os profissionais de saúde, inserindo metodologias que privilegiem a qualificação sob a ótica da violência doméstica através das políticas públicas que orientam a prática profissional, detectando a violência precocemente e prevenindo os agravos futuros (FONSECA et al., 2009).

Mas, muitas vezes, os profissionais têm medo ou não se atualizam sobre as intervenções que se fazem necessárias ao combate da violência contra a mulher. Contudo, as vítimas devem ser orientadas sobre a violência, seu curso e os recursos existentes na comunidade, como grupos de autoajuda, cuidado de enfermagem, atendimento médico, psicológico, do serviço social e de outros membros da equipe multiprofissional, com vistas a prevenir novos episódios (FONSECA et al., 2009).

Por conseguinte, o profissional da saúde deve estar habilitado para acolher os casos de violência, pois este terá outro importante papel, que será de encorajar a vítima a registrar a ocorrência nos órgãos públicos competentes. Todas as vítimas que comparecerem às unidades de saúde devem ser atendidas voltando-se a atenção não somente para as lesões corporais, mas também acreditando na possibilidade de ter ocorrido uma ação de violência de outra natureza, como psicológica, moral e patrimonial (HERMANN, 2007).

Para que os profissionais da área de saúde reconheçam a violência e cuidem das vítimas com efetividade, é necessário que estejam capacitados para tal. Ressalta-se que o processo de cuidar não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre profissional e paciente, ações estas que constituem a humanização da assistência em saúde (FERRAZ et al., 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a estratégia que trabalha com uma população adstrita e que pode facilitar o processo de identificação dos casos de

violência na comunidade, devido o estabelecimento de vínculo que é feito pelos profissionais de saúde e os usuários das áreas de abrangência do programa. Com isso é possível potencializar o enfrentamento da violência, atuando sobre a sociedade. Os profissionais envolvidos na ESF são os principais atores que participam do processo de identificação, prevenção e intervenção dos casos de violência na atenção primária de assistência à saúde. Desse modo, o enfrentamento da violência familiar encontra grande apoio nesse setor que tem papel de suma importância na resolutividade dos casos de violência doméstica (FONSECA et al., 2009).

Ademais, a política pública de saúde tem um poderoso instrumento nas mãos que é a notificação. Uma vez que esta ajuda a dimensionar a violência familiar, a investir em núcleos de vigilância quando há necessidade e permite o conhecimento da dinâmica da violência. Todavia, a conscientização da importância da violência, o não julgamento dos casos e a falta de capacitação para se diagnosticar precisamente as situações de violência são condições extremamente importantes e necessárias para que o profissional seja capaz de notificar ao órgão competente essa realidade existente de forma tão expressiva no cotidiano de seu trabalho (SALIBA et al., 2007).

As vítimas de violência doméstica necessitam de cuidado e também é necessário serem orientadas quanto à necessidade de participarem ao serviço social, que é fundamental neste processo. Devido a isso, os índices de violência doméstica devem ser incessantemente estudados e conhecidos pelos profissionais de saúde, policiais e pelas esferas jurídicas (SCHRAIBER; OLIVEIRA, 2006).

A violência contra a mulher necessita de implementação de políticas públicas de saúde amplas e articuladas em todas as esferas de assistência à sociedade, como educação, trabalho, saúde, seguridade pública, assistência social, justiça, entre outras. Portanto é um fenômeno de caráter multidimensional e essa conjunção de esforços deve resultar em ações que desnaturalizem as desigualdades e combatam as discriminações entre os gêneros, mas também promova o empoderamento das mulheres (BRASIL, 2007).

1.4 Violência contra mulher e a enfermagem

A enfermagem é uma profissão majoritariamente feminina e por ter essa característica, muitas vezes, esses profissionais têm certa dificuldade de enxergar a violência praticada contra a mulher, devido ao fato de também serem do sexo feminino em sua maioria.

O que é perceptível sobre a questão da violência é que, na prática, os profissionais da área da saúde têm dificuldade em lidar com essas vítimas. O enfermeiro como integrante da equipe de saúde deve estar capacitado para perceber, enfrentar o problema e cuidar com responsabilidade (MALTA et al., 2007).

Leal e Lopes (2005) realizaram um trabalho com uma equipe de enfermagem e constataram que as principais dificuldades são o despreparo destes para lidar com usuário violentado e também a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio psicológico para lidar com as vítimas.

O cuidado de enfermagem a essas vítimas tem que ser planejado para que haja segurança, acolhimento, respeito e satisfação das necessidades individuais. É fundamental que o profissional que assiste a mulher, vítima de violência, reflita sobre o planejamento a ser executado, pautado nos instrumentos básicos da enfermagem, na legislação e nas políticas públicas de saúde voltadas para violência contra mulher, para que assim haja proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros (FERRAZ et al., 2009).

Na atenção primária, a enfermagem dentro da ESF, cria vínculos com seus usuários e sua comunidade, dando abertura para que algumas ações sejam feitas para integrar o cuidado e a assistência da equipe interdisciplinar que deve compor o quadro de profissionais de saúde para dar apoio à vítima. São elas:

- Desenvolver uma atitude que possibilite à mulher sentir-se acolhida e apoiada.
- Ajudar a mulher a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico de violência, riscos, motivação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiares.
- Conversar com a mulher sobre as diferentes opções para lidar com o problema que ela está vivenciando, garantindo-lhe o direito de escolha, fortalecendo sua autoestima e autonomia.
- Estabelecer passos graduais, concretos e realistas, construindo um mapa dos recursos, alternativas e ações, com vistas a implementar a metodologia a seguir.

- Apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial do fato e informá-la sobre o significado do exame de corpo de delito, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência.
- Sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia Policial, de preferência Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto ou Departamento Médico-Legal. Orientar a mulher quanto ao seu direito e importância de guardar uma cópia do Boletim de Ocorrência.
- Estimular a construção de vínculos com diversas fontes de assistência, acompanhamento e proteção, reforçando a sistemática de atuação de uma rede de apoio.
- Caso necessário, encaminhar ao atendimento clínico na própria unidade ou para serviço de referência, conforme a gravidade e especificidade de danos e lesões.
- Conforme a motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação encaminhá-la aos serviços jurídicos – Defensoria Pública, Fórum local ou ONGs de apoio jurídico.
- Sugerir encaminhamento para atendimento de casal ou família, no caso da continuidade da relação, ou quando houver filhos e, portanto a necessidade de preservar os vínculos parentais.
- Sugerir encaminhamento para atendimento psicológico individual, de acordo com a avaliação do caso.
- Manter visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso (BRASIL, 2002).

As ações anteriormente citadas são fortalecidas pela Lei nº 11.340, que estabelece que o Estado e os municípios têm o dever de assegurar os direitos à saúde da mulher com planejamento e implementação de redes de apoio, com criação de programas de saúde para cuidar das vítimas e reduzir os índices de criminalidade em nosso país (BRASIL, 2006b).

Portanto, o cuidado deve ser planejado para respeitar crenças e valores em relação à vida, morte, saúde, doença e cura. Os cuidados básicos da enfermagem permitem que a vítima de violência se sinta cuidada e consiga expor e perceber os motivos que a levaram a esta condição e servem de base para a mulher encontrar alternativas para enfrentar positivamente o problema. (SILVA; TONELI; LACERDA, 2003).

A devida assistência deve ser prestada também à família da vítima de violência, pois, mulheres que sofrem relações abusivas começam a apresentar comprometimento significativo sobre sua saúde individual (mental e física) e em consequência afeta a vida e a saúde da família como um todo, levando a dimensões maiores do fenômeno violência (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Na unidade de ESF é importante saber que o enfermeiro e sua equipe trabalham diretamente com a família em sua totalidade estando em contato direto com a maioria das vítimas de violência, pois geralmente é nos serviços de saúde que as violentadas buscam ajuda para seus maus tratos. Portanto, isso deixa a

vítima próxima do enfermeiro, que por sua vez, estabelece relação de confiança, controle e permite reconstruir conceitos sobre a violência, com vistas a reduzir os índices deste agravo e a mudar a realidade da sociedade (FERRAZ et al., 2009).

Dada essa visão sobre a violência contra a mulher, é importante contextualizar o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios que visam ao bem estar social e busca igualar essas desigualdades existentes no panorama da sociedade que tentam justificar a violência contra as mulheres. Essa ideologia deve estar presente na formação de profissionais, proporcionando a multiplicação dessa visão nas práticas de atenção à saúde (FONSECA et al., 2009).

Neste sentido, ao realizar este estudo, levou-se essas importantes características em consideração para que assim pudesse compreender melhor a problemática da violência doméstica contra a mulher, suas necessidades, seus desafios, buscando a melhoria no atendimento dessas mulheres.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A categoria gênero pressupõe toda uma questão histórica que envolve relações sociais e culturais, que pode incluir o sexo. A diferenciação estabelecida entre o sexo biológico e o sexo social, é compreendida a partir da categoria de gênero, que coloca a desigualdade entre os sexos determinado no constructo social (FONSECA et al., 2009).

Fonseca (1996) afirma que:

Historicamente, a construção do pensamento feminista utilizou abordagens na análise de gênero que podem ser resumidas em três posições: a primeira tenta explicar as origens do patriarcado; a segunda, de orientação marxista, propõe uma abordagem histórica tentando encontrar uma explicação material para o gênero ou propondo uma solução baseada nos sistemas duais, composto pelos domínios do patriarcado e do capitalismo e a terceira, mais recente, dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspira-se nas várias escolas da psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero dos sujeitos sociais.

Gênero é uma categoria histórica embasada pelas relações sociais, culturais e políticas. Formada por instituições, símbolos, identidades subjetivas e conceitos normativos a categoria de gênero é feita por uma rede de relações, que dizem respeito à constituição dos sujeitos como homens e mulheres, cada com suas funções pré-estabelecidas. Este conceito coloca a mulher em um nível secundário, desigual e inferior ao homem e faz surgir relações entre opressores e oprimidos, e deve ser analisado e compreendido com objetivo de tornar essas relações não mais entre desiguais, mas apenas entre diferentes (DE FERRANTE, 2008).

Então, no século XX, o movimento feminista, que foi um dos mais importantes movimentos revolucionários sociais, discutiu questões relativas ao papel e ao lugar da mulher na sociedade, bem como assuntos referentes ao gênero e à violência, políticas públicas que contemplassem o quesito gênero foram formuladas juntamente com o Estado em parceria com o movimento feminista, no sentido de prestar a devida assistência à mulher no Brasil (TAQUETTE, 2007; KISS; SHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

Portanto, ao analisar as relações sociais que envolviam as mulheres, entendeu-se que a violência contra a mulher é um fenômeno que ocorre em todo o mundo e relaciona-se às concepções de gênero e à detenção de poder dentro de

cada grupo, e que na maioria das vezes é praticada por seu parceiro íntimo (MENDES, 2007).

É possível perceber que, desde os primórdios da humanidade, as mulheres foram preparadas para serem obedientes aos seus companheiros, portanto, indaga-se se a violência contra mulher sempre esteve presente em diferentes culturas e nas mais variadas formas (FERRAZ et al., 2009).

Ademais, a dominação dos homens e a submissão das mulheres, externalizada pelos papéis impostos historicamente a ambos, expressam a violência de gênero e devem ser entendidos como uma relação de poder. O agressor precisa exercer seu papel de poder, de dominador, de disciplinador e para isso ele usa a violência de gênero intimidando a mulher simplesmente por ela ser do sexo feminino (TELES; MELO, 2003).

Pois a relação de dominação e poder só teve reconhecimento e adquiriu sua real importância científica nas ações de saúde pública a partir da década de 70. (FARAH, 2004). No Brasil, a Constituição de 1988 põe fim as questões controversas sobre a auto aplicabilidade do princípio constitucional, concluindo que o novo Código Civil está adequado ao princípio da absoluta igualdade de direitos e deveres entre os cônjuges, com a consequente preservação da dignidade das pessoas. Já o Código estabelece, além dos princípios gerais, que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, e que “[...] homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações” estatuídos no artigo 5º, inciso I, a igualdade de homens e mulheres na sociedade conjugal, no artigo 336, parágrafo 5º (BRASIL, 2005b).

Porém, as desigualdades gritantes entre homens e mulheres ainda perduram nos tempos atuais e na questão da saúde se mostram como um dos fatores determinantes no processo saúde-doença que resultam em diferentes efeitos e impactos nas vidas das mulheres, provocando a violência de gênero e repercutindo consequências negativas na sociedade em geral, pois atinge tanto o indivíduo que sofre a ação violenta, quanto compromete o desenvolvimento social, afetando as crianças e adolescentes e reflete no meio comunitário e social em que essa família se insere (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

As relações de gênero, portanto, serão utilizadas para analisar e tratar os dados obtidos neste estudo referentes à violência doméstica praticada contra a mulher, que está permeada pela questão de gênero.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a existência de violência contra a mulher no município de Guaxupé, entre as mulheres que utilizam as estratégias de saúde da família e as que registram boletim de ocorrência (BO) na Delegacia Regional da Polícia Civil.

3.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil das mulheres que sofrem ou sofreram violência que registraram BO na delegacia e das entrevistadas nas ESFs;
- Identificar os tipos de violência sofrida pelas mulheres entrevistadas nas ESFs;
- Analisar a violência registrada nos BOs da delegacia;
- Caracterizar o perfil dos agressores identificados nos BOs e via entrevista nas ESFs;
- Realizar uma representação gráfica do fenômeno violência no município de forma a caracterizar a distribuição espacial dos casos de acordo com as entrevistas realizadas nas ESFs e com os dados dos BOs.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

É um estudo descritivo-exploratório com abordagem metodológica quantitativa e delineamento transversal, que envolve a investigação de um fenômeno e informa a sua distribuição na população.

As pesquisas descritivo-exploratórias além de terem como objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno, estabelecer relações entre variáveis e/ou determinar a natureza destas relações, elas também possuem a característica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias com o propósito de formular novos problemas de pesquisa mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2003).

A pesquisa quantitativa tem por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas. São utilizadas técnicas como entrevistas, questionários, formulários, escalas, entre outros e procedimentos de amostragem (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Polit e Beck (2011) apontam que estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo.

O presente estudo abrangeu dois momentos, um que entrevistou as mulheres frequentadoras das ESFs do município e, em um segundo momento, realizou-se a avaliação da violência contra a mulher, por meio do levantamento de dados dos BOs.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Guaxupé, sul de Minas Gerais. O município possui uma população de 49.430 sendo que 50,19% são do sexo

feminino e está situado na microrregião de São Sebastião do Paraíso e macrorregião de Alfenas, Minas Gerais (DATASUS, 2010).

A economia da cidade é baseada na atividade agrícola, sendo o café o principal produto de cultivo. Por tradição geográfica, Guaxupé engloba-se na área de criação de gado bovino leiteiro, entretanto, no município, desenvolve-se também a criação de rebanhos suínos, equinos e galináceos.

As ações de saúde executadas pelo SUS são organizadas para proporcionar atendimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, contando com 12 serviços públicos de saúde.

A Atenção Primária compreende três equipes de ESFs, um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O nível de atendimento secundário é composto por um Centro de Diagnóstico e com a Santa Casa de Misericórdia.

No primeiro momento, a pesquisa foi realizada nas três ESFs da cidade que funcionam de segunda à sexta feira, das 7h às 16h30m e contam com equipe multiprofissional, sendo essa equipe composta por enfermeiro, dentista, médico, auxiliar de enfermagem, auxiliar de dentista e agentes comunitários de saúde.

A ESF Dr. Antônio Marcos de Souza Vianna Almeida, está localizada no bairro Parque dos Municípios II, esta abrange os seguintes bairros do município: Santa Cruz, Parque dos Municípios II, Rancho Alegre, Jardim América I e II, Jardim Europa I e II e Jardim São Judas. Localiza-se na zona sudoeste da cidade e 67,5% da sua população adstrita possui água tratada em seu domicílio e em 99,9% das casas possuem esgoto e tem coleta pública do lixo.

A ESF Dr. Dolor dos Santos Coragem, localizada no bairro Taboão, compreende os seguintes bairros: Vila Coragem, Taboão, Jardim Lepiane, Vila Meziara, Residencial Chico Zerbini, Alto da Colina, Pinheiros, Cardosos e zona rural. A unidade de saúde está na zona nordeste da cidade e 64,7% das famílias têm água tratada em seus domicílios. Em relação ao esgoto, 47,1% da população não o possui em suas casas, este fato deve-se à área adstrita da ESF incluir uma parte da zona rural do município.

A ESF Dr. Manoel Joaquim Rios, esta localizada no bairro Aroeira. Sua área adstrita é composta pelos bairros Aroeira I, II e III, Vila Santo Antônio, Jardim Ormindá, Morada do Sol, Parque do Lago e zona rural. Localiza-se na zona sudeste

da cidade e 80,5% das pessoas possuem água tratada, 96,1% dos domicílios possuem coleta pública do lixo e 79,1% possuem esgoto em seus domicílios.

Para melhor entendimento apresenta-se na Figura 1 a representação espacial, do município de Guaxupé, Minas Gerais, onde se caracteriza os limites urbanos do mesmo e a delimitação das áreas e localização das ESFs.

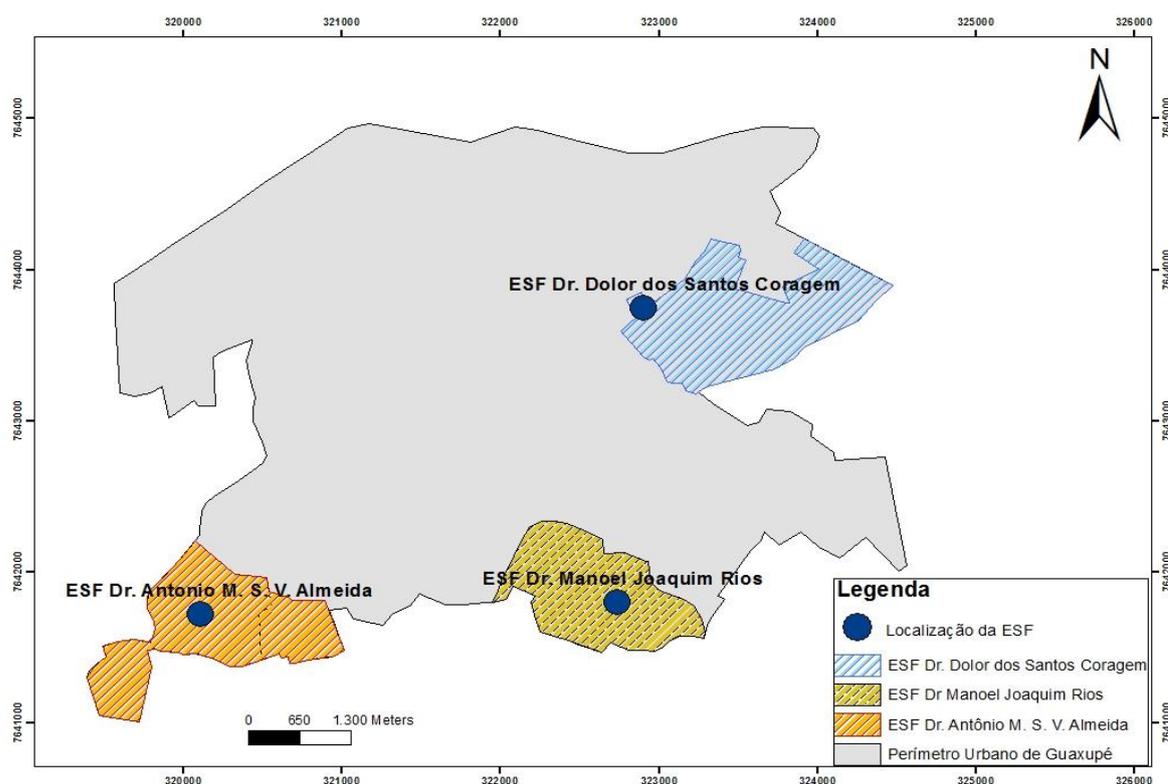


Figura 1 - Representação geográfica das áreas adstritas das ESFs. Guaxupé-MG. Brasil, 2012.

No segundo momento, a coleta de dados foi realizada na 18ª Delegacia Regional de Polícia Civil de Guaxupé, local onde são registrados e armazenados os BOs referentes à violência contra a mulher.

A delegacia está localizada no centro da cidade e tem como princípios assegurar a tranquilidade às mulheres vítimas de violência através das atividades de investigação, prevenção e repressão dos delitos praticados contra a mulher, além de auxiliar essas mulheres, seus agressores e seus familiares por meio de trabalho preventivo, educativo e curativo efetuados pelo sistema jurídico e psicossocial.

4.3 Aspectos Éticos

Após consentimento da Secretaria Municipal de Saúde (APÊNDICE D) e do Delegado responsável pela 18ª Delegacia Regional de Polícia Civil de Guaxupé/MG (APÊNDICE E), o projeto de pesquisa foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – MG, cumprindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 (BRASIL, 1997) sendo aprovado sob o número do protocolo 206/2011 (ANEXO B). Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, da disposição destes dados para publicações, e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) de forma voluntária, com identidade preservada e puderam desistir da pesquisa a qualquer momento. É válido mencionar que foi entregue uma cópia do TCLE para cada uma das mulheres entrevistadas.

4.4 População do estudo

Num primeiro momento, a população em estudo foi determinada pelas mulheres frequentadoras dos serviços de saúde (ESFs) já supracitados, sendo utilizado, para essa etapa, o cadastro familiar existente nessas unidades. Com essa definição realizou-se a seleção de uma amostra aleatória estratificada, por meio de um sorteio nas ESFs.

Segundo Medronho (2003), amostra aleatória estratificada é caracterizada por sorteios aleatórios condicionados aos estratos, sendo as ESFs os estratos deste estudo.

No segundo momento, os dados foram coletados a partir dos BOs registrados de violência contra a mulher, denúncias estas que se enquadram na Lei 11.340/2006. Adotou-se o tipo de amostragem aleatória simples para representar os dados no estudo e descrever o fenômeno da violência, seu *status*, perfil do agressor e da vítima.

Também segundo Medronho (2003), uma amostra aleatória simples é caracterizada por sorteios aleatórios sem a presença de qualquer restrição, apenas sem reposição dos BOs, sendo o procedimento mais simples de obtenção de amostra.

4.4.1 Amostra do estudo

De acordo com o levantamento realizado sobre a população de mulheres residentes no município, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), utilizando o banco de dados DATASUS, constatou-se que, das mulheres que frequentam as ESFs, 3.684 tem idade acima de 20 anos, sendo 1.110 mulheres na ESF Dr. Antônio Marques Vianna de Souza Almeida, 1.461 mulheres na ESF Dr. Manoel Joaquim Rios e 1.113 mulheres da ESF Dr. Dolor dos Santos Coragem. Portanto, foram entrevistadas 348 mulheres, nas ESFs do município, o que corresponde a uma margem de erro de 5% e 95% de confiança, e, da totalidade de mulheres entrevistadas, 131 responderam afirmativamente quando questionadas se em algum momento da vida foram submetidas à violência.

Como critério de inclusão no estudo, além de ser do sexo feminino, a entrevistada deve ter idade de acima de 20 anos, possibilitando assim a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, estabelece que, em pesquisas realizadas com menores de idade, cabe aos representantes legais dos sujeitos terem conhecimento e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, neste caso, o responsável poderia ser o próprio agressor (BRASIL, 1997).

Em Guaxupé, no ano de 2011, foram registrados 240 BOs de violência contra a mulher, que se enquadravam na Lei 11.340/2006, portanto foram coletados 163 BOs, estabelecendo estatisticamente uma margem de erro de aproximadamente 4,4% com 95% de confiança e adotando-se como critério de inclusão os BOs em que as vítimas eram mulheres acometidas de violência doméstica e familiar.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Na primeira etapa da pesquisa, utilizou-se um questionário para entrevista com as mulheres, contendo 16 perguntas, divididas em duas partes, uma para caracterizar as mulheres sócio demograficamente e outra relativa aos aspectos e fatores da violência contra a mulher (ANEXO A).

Cada tipo de violência sofrida pelas mulheres foram exemplificados pelos seguintes comportamentos específicos: violência física (agressão física), violência psicológica ou moral (ofensas, humilhação, ameaças de agressão física, ameaças com arma, expulsa de casa), violência patrimonial (dinheiro confiscado) e violência sexual (obrigada a ter relação sexual).

Tais comportamentos foram relacionados com as seguintes variáveis da mulher entrevistada: faixa etária; religião; renda familiar; escolaridade; ocupação; estado civil; presença de filhos; número de filhos; filhos com parceiro atual; filhos que não são do parceiro atual; tipo de agressor; estado do agressor no ato de violência; frequências das agressões; local da ocorrência da agressão; denúncias ao agressor junto à delegacia de polícia civil; manutenção da denúncia; convivência com o agressor; procura de alguma ajuda; percepção da violência.

Num segundo momento, foram utilizados os dados fornecidos pelos BOs (APÊNDICE A), sendo os dados transcritos. Essa etapa foi estruturada em duas partes: uma contendo informações sobre a vítima de agressão e outras informações que se referem ao agressor, a partir de informações relativas ao BO. As informações contidas neste foram caracterizadas a partir da análise das seguintes variáveis: data do registro; hora do fato; local da agressão; faixa etária; grau de lesão; estado civil; cor/etnia; ocupação; relação vítima/autor; escolaridade; presença de sofrimento mental; sinais de substâncias tóxicas no organismo.

Enquanto para caracterizar o agressor dessas vítimas, as seguintes variáveis foram relacionadas: faixa etária; ocupação; escolaridade; presença de sofrimento mental e sinais de substâncias tóxicas.

Está previsto no Código de Processo Penal, em seu artigo 5º, que é através do BO que se leva à autoridade policial ou judiciária a notícia crime, fornecendo-lhes uma série de dados: os nomes de agentes, vítimas, testemunhas, vestígios, instrumentos e produtos de crime, etc. (BRASIL, 1941).

O BO é um instrumento do Inquérito Policial que visa reunir elementos sobre uma infração penal de modo que a autoridade tome conhecimento de um fato aparentemente criminoso, sem a retirada dos documentos da delegacia, preservando a identidade dos envolvidos.

O BO constitui-se das seguintes partes: a) parte geral: nesse espaço, são registrados os dados gerais, os dados da ocorrência e a qualificação dos envolvidos; b) parte instrumental – materiais, armas e veículos – nesse espaço, são registradas informações sobre os materiais diversos utilizados na violência, tanto do agressor como da ação policial, entre outros; c) parte relativa ao histórico e dados para controle interno: nesse espaço, é registrado o histórico da ocorrência, os modos da ação criminosa, os dados dos policiais integrantes da guarnição, os dados dos responsáveis pela prisão, apreensão ou condução, os dados para controle interno, os dados sobre o relator da ocorrência e o recibo da autoridade a que se destina ou seu agente – auxiliar policial (TRISTÃO, 2007).

Pelo fato do BO ser um documento restrito à Delegacia de Polícia, não foi possível anexá-lo ao trabalho, pois não pode ser retirado da delegacia, mesmo que em branco, visto ter uma numeração de série.

4.6 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada na residência das mulheres sorteadas e convidadas a participar da pesquisa em horário pré-agendado e, para o segundo momento, na Delegacia de Polícia Civil, em horário determinado pelo delegado responsável, em sala própria sob supervisão de uma escrivã. Como essa etapa constitui de coleta de dados secundários, não houve interferência da escrivã, visto que ela cumpria o papel de supervisão para a não retirada de documentos do local.

A população das mulheres que foram entrevistadas foi escolhida em um ponto do tempo determinado pelo pesquisador. Apenas na análise de dados foram reconhecidos os grupos expostos e não expostos ao fenômeno da violência, caracterizado pelo estudo transversal, constatando-se que 131 mulheres foram expostas ao fenômeno da violência.

As entrevistas foram realizadas a partir de um questionário (ANEXO A), instrumento validado em outro município, após a autora receber autorização para utilização do mesmo (APÊNDICE B). Tais entrevistas foram realizadas em lugares reservados e privativos, na casa das mulheres, onde pode ser observada maior receptividade e tranquilidade para se falar da violência, no período de janeiro a abril de 2012. Vale salientar que um ambiente acolhedor é importante no estabelecimento de vínculo entre o entrevistador e o participante da pesquisa, sem a presença de acompanhantes e somente após esclarecimento do objetivo do trabalho, da garantia de sigilo da identificação, da publicação de dados e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

A segunda etapa ocorreu no período de abril a maio de 2012. Os dados dos BOs foram coletados em sala reservada, por meio do levantamento e análise de dados sobre violência doméstica e familiar contra a mulher, através de um instrumento de coleta de dados previamente estruturado (APÊNDICE A).

4.7 Análise estatística dos dados

Os dados foram organizados, validados e armazenados em um banco de dados estruturado no Microsoft Excel. Posteriormente, os dados foram importados pelo Software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 17 para as análises estatísticas, descritivas e analíticas.

As variáveis em estudo nos dois momentos foram organizadas e apresentadas como frequências para caracterizar a distribuição dos fatos em estudo. Na sequência exploraram-se as relações existentes entre possíveis variáveis como forma de explicação dos fenômenos de violência. Para estas relações entre as variáveis qualitativas nominais foram usados o teste Qui-quadrado para a independência, o teste Exato de Fisher e o Teste de Qui-quadrado para a Homogeneidade. Para comparação de variáveis quantitativas com variáveis qualitativas (fatores) foi usado o teste de Kruskal-Wallis. Todos os testes foram definidos com 5% de significância.

O teste Qui-quadrado testa a hipótese de que duas variáveis categorizadas são independentes. Verifica, portanto, a significância da associação entre as

variáveis. Já o teste Exato de Fisher é utilizado para testar a hipótese de que duas variáveis estão associadas, porém, em tabelas de dupla entrada quadradas (rxr) e recomendado seu uso quando as frequências esperadas são menores que cinco. A segunda versão do teste de Qui-quadrado verifica a hipótese de que os resultados da variável são de mesma frequência para as categorias envolvidas, ou seja, apresentam resultados homogêneos nas categorias de resposta (VIEIRA, 2003).

O teste de Kruskal-Wallis foi usado para comparação de múltiplos grupos com variáveis quantitativas ou ordinais, onde a pressuposição de normalidade não é atendida (VIEIRA, 2003).

4.8 Representação gráfica dos dados georreferenciados

Para o georreferenciamento das variáveis foi utilizada a localização geográfica da ocorrência de agressão, tanto das mulheres entrevistadas nas ESFs, quanto dos dados levantados nos BOs. É pertinente a utilização do Sistema de Informação Geográfica (SIG) que é um sistema computacional que permite a montagem de um painel sócio territorial ampliado e que facilita a análise e o entendimento dos fatos e fenômenos que ocorrem no espaço geográfico (BRASIL, 2006c).

No intuito de identificar o padrão pontual dos casos e caracterizar as áreas de atuação das ESFs foi feito o levantamento da ocorrência do fenômeno de violência utilizando o programa ArcGIS v.10.0, *software* este que permite a análise espacial dos dados coletados. O mapa digital vetorizado do município de Guaxupé, Minas Gérias, utilizado para o georreferenciamento da base de dados foi obtido junto ao site do IBGE.

Por potencializar o olhar dos pesquisadores e a visão dos gestores da saúde, a análise espacial através dos SIGs vem se destacando na área de saúde pública, uma vez que considera não só a ocorrência dos fatos, mas também o local de ocorrência desses fatos e fenômenos. Facilitando assim o trabalho da vigilância epidemiológica no planejamento e avaliação dos serviços de saúde, bem como, conhecer o impacto que o fenômeno estudado produz nas ações de saúde (BRASIL, 2006c).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo estão apresentados em dois momentos. Num primeiro momento constam os resultados obtidos por meio dos questionários aplicados às mulheres nas ESFs e a caracterização dos sujeitos da pesquisa e dos dados específicos sobre a violência doméstica praticada contra as mulheres entrevistadas.

Num segundo momento, foi feito o levantamento dos BOs realizados na Delegacia de Polícia Civil de Guaxupé, identificando os dados socioeconômicos dos envolvidos nas denúncias e a caracterização dos mesmos.

Os dados coletados nos dois momentos do presente estudo foram georreferenciados e exibidos em formas de mapas a fim de verificar o padrão pontual dos casos de violência contra a mulher, bem como sua distribuição no município. Para este georreferenciamento, foram utilizados os endereços das mulheres vítimas de violência entrevistadas nas áreas adstritas das ESFs e os endereços onde foram registrados os BOs.

5.1 Violência contra a mulher caracterizada pelas entrevistas com as mulheres nas ESFs

Os dados socioeconômicos das 348 mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs, entrevistadas neste estudo, mostraram que a faixa etária predominante foi entre 20 a 34 anos (35,3 %); a média de idade foi de 41,1 anos, sendo a idade mínima 20 anos e a máxima 80 anos e o desvio padrão de 13,32 anos. Das mulheres entrevistadas, 69,5% são casadas, seguida de solteiras (17,2%), divorciadas (8,3%) e viúvas (4,9%).

A ocupação desenvolvida por elas, no momento do estudo, foi classificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A CBO é uma divisão enumerativa e descritiva das atividades econômicas dos profissionais, sendo este um documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações brasileiras. A CBO divide-se em 10 grupos, sendo

eles: grupo 0 - Profissões das forças armadas, policiais e bombeiros militares; grupo 1 – Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes; grupo 2 – Profissionais das ciências e das artes; grupo 3 - Técnicos e profissões de nível médio; grupo 4 – Trabalhadores de serviços administrativos; grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores do comércio em lojas e mercados; grupo 6 – Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; grupo 7 - Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, construção e artífices; grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; grupo 9 - Trabalhadores não qualificados (BRASIL, 2010).

As ocupações das mulheres entrevistadas, em sua maioria, 42,8%, não possuem classificação junto a CBO, são elas: donas de casa, aposentadas, pensionistas e desempregadas. De acordo com a distribuição da CBO, 36,8% das mulheres, pertencem ao grupo 9: sendo consideradas as domésticas, salgadeiras, cozinheiras, enquanto 10,1% pertencem ao grupo 5 e classificam-se nas atividades desenvolvidas no comércio, vendedoras em lojas e mercado. 5,5% pertencentes ao grupo 6 que são as trabalhadoras rurais, como as lavradoras enquanto 4,7% das mulheres possuem ocupações referentes aos outros grupos da CBO supracitados.

Quando questionadas a respeito da escolaridade, 95,4% das entrevistadas informaram que frequentaram a escola, no entanto, destas, 58% possuem o Ensino Fundamental incompleto, 8,9% o Ensino Fundamental completo, 6,6% Ensino Médio incompleto, 17,5% terminaram o Ensino Médio, e apenas 3,2% possui Ensino Superior.

Em relação à renda familiar, 40,2% das mulheres entrevistadas possuem renda familiar de até um salário mínimo e 59,8% vivem com mais de um salário mínimo. Entre as religiões praticadas pelas mulheres entrevistadas, a católica foi referida por 69,8%, seguida pela evangélica (24,7%), espírita (2%), outras (0,6%) e 2,9% das mulheres declaram-se sem religião.

Verificou-se que 89,5% das mulheres entrevistadas possuem filhos, e, dessas, 88,3% possuem até quatro filhos, enquanto 64,2% desses filhos são do parceiro atual.

5.1.1 Características socioeconômicas das mulheres, vítimas de violência, entrevistadas nas ESFs

As questões referentes à violência praticada contra a mulher foram investigadas de acordo com os cinco grandes tipos de violência doméstica conforme a Lei Maria da Penha – 11.340/2006. Verificou-se que das 348 mulheres entrevistadas, 131 (37,6%) responderam afirmativamente quando questionadas sobre terem ou não sofrido algum tipo de violência em algum momento da vida.

Como o trabalho teve como objetivo levantar a existência da violência contra a mulher nas ESFs, a partir daqui se discutirá somente a sub amostra, que se referiu vítima de violência.

Tabela 1- Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, nas estratégias saúde da família segundo faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião e filhos. Guaxupé – MG. Brasil, 2012. (continua)

Variáveis	Mulheres vítimas de violência	
	f	%
Faixa etária (anos) (n=131)		
20 – 34	43	32,8
35 – 44	39	29,8
45 – 59	35	26,7
60 ou mais	14	10,7
Estado civil (n=131)		
Casada	85	64,9
Solteira	24	18,3
Viúva	8	6,1
Divorciada	14	10,7
Ocupação (n=131)		
Grupo 0	0	0
Grupo 1	0	0
Grupo 2	3	2,3
Grupo 3	1	0,8
Grupo 4	1	0,8
Grupo 5	11	8,4
Grupo 6	10	7,6
Grupo 7	0	0
Grupo 8	0	0
Grupo 9	44	33,6
Estudante	1	0,7
Sem classificação	60	45,8

Tabela 1- Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, nas estratégias saúde da família segundo faixa etária, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião e filhos. Guaxupé – MG. Brasil, 2012. (conclusão)

Variáveis	Mulheres vítimas de violência	
	f	%
Escolaridade (n=131)		
Analfabeto	10	7,6
Fundamental incompleto	78	59,5
Fundamental completo	10	7,6
Médio incompleto	8	6,1
Médio completo	20	15,3
Superior incompleto	0	0
Superior completo	5	3,8
Renda Familiar (n=131)		
< um salário mínimo	60	45,8
> um salário mínimo	71	54,2
Religião (n=131)		
Católica	94	71,8
Evangélica	30	22,9
Espírita	3	2,3
Outras	4	3,1
Não praticante	0	0
Filhos (n=131)		
Sim	119	90,8
Não	12	9,2
Número de Filhos (n=131)		
0	12	9,2
1 – 4	95	72,5
5 – 8	20	15,3
9 ou mais	4	3,2
Filhos parceiro atual (n=131)		
Sim	57	43,5
Não	74*	56,4
Filhos de outros parceiros (n=36)		
1 – 4	33	91,7
5 – 8	2	5,6
9 ou mais	1	2,8

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista realizada com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

*Nota: estão incluídas mulheres solteiras, viúvas e divorciadas.

A caracterização dessas mulheres, vítimas de violência, mostra que 32,8% estão dentro da faixa etária de 20 a 34 anos, enquanto 10,7% das vítimas possuem 60 anos ou mais, com uma média de idade de 41,8 anos, idade mínima de 21 anos

e máxima de 78 anos. Em relação ao estado civil, 64,9% são casadas e 18,3% solteiras, 10,7% divorciadas e 6,1% viúvas (TABELA1).

Para caracterizar a ocupação, 45,8% das ocupações das vítimas não possuíam classificação junto a CBO, que são as donas de casa, as desempregadas e as pensionistas, enquanto 33,6% são classificadas dentro do grupo 9, sendo elas em sua maioria as domésticas (TABELA 1).

A maior parte das vítimas de violência doméstica possui nível fundamental incompleto (59,5%), 15,3% nível médio, enquanto apenas 3,8% possuem Ensino Superior e 7,6% não sabem ler e nem escrever. (TABELA 1).

Quando questionadas sobre a renda familiar, 54,2% possuem renda maior que um salário mínimo e 45,8% vivem com um salário mínimo ou menos. Dentre as religiões praticadas, 71,8% das vítimas de violência são praticantes do catolicismo, 22,9% são evangélicas e 2,3% espíritas (TABELA 1).

Na Tabela 1 verifica-se também que 90,8% das mulheres, vítimas de violência, possuem filhos e, dessas, 72,5% têm até quatro filhos, desses 43,5% são do parceiro atual das mulheres, quando do momento da entrevista.

Esses percentuais socioeconômicos observados no presente estudo corroboram com os casos atendidos na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, na ONG SOS Mulher que é uma organização de utilidade pública. A organização relata que a maioria das vítimas de violência atendidas encontra-se na faixa etária de 18 a 39 anos, a metade era casada ou amasiada, e mais da metade cursado o Ensino Fundamental incompleto (52,6%). Em relação à ocupação, 41% eram domésticas ou do lar (GARCIA et al., 2008).

Outros percentuais, não diferentes, são encontrados no estudo de Carvalho et al. (2010), em que a maioria das mulheres que fizeram parte da pesquisa encontravam-se na faixa etária de 19 a 40 anos, 80,6% eram casadas e a profissão predominante foi a de doméstica, somando 37,1%.

Schraiber et al. (2002) confirmam os achados no presente estudo e mostram que grande parte das vítimas de violência declaram-se ser donas de casa e também apontam para o cuidado de atentar-se para o fato de que a violência ocorre em todas as classes sociais.

Mas, segundo Marques (2005), a classe média e classe alta têm receios de escândalos e utilizam-se de serviços particulares como profissionais médicos, psicólogos e advogados para tratarem o sofrimento que a violência causa. Para

tanto, para Barsted (2004), o fenômeno da violência praticada contra a mulher nessas classes sociais torna-se invisível aos olhos do serviço público, pois não são registradas.

Outro estudo que corrobora com os achados encontrados nesta pesquisa é o de Marinheiro, Vieira e Souza (2006) que apresentaram em seu trabalho que as mulheres vítimas de violência tinham, em média, 34,6 anos de idade e que 96,2% frequentou a escola e a maioria possui nível fundamental incompleto (51,9%), relataram praticar a religião católica (55,8%), e viviam com o companheiro na época da entrevista (59,2%), estavam desempregadas ou se referiram como do lar (41,9%) e possuíam filhos (71,7%).

O baixo nível de escolaridade das mulheres vítimas de violência, encontrado na presente pesquisa, confirma dados da literatura achados também por Garcia et al. (2008) com o estudo realizado na ONG SOS Mulher. Referem que mais da metade (52,6%) das mulheres, vítimas de violência, relataram a não conclusão do Ensino Fundamental.

Adeodato et al. (2005) acrescentam que a mulher agredida apresenta, em média, seis anos de estudo. Kronbauer e Meneghel (2005) apresentam um estudo com 251 mulheres vítimas de violência entre 18 e 49 anos, atendidas em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que mostrou associação entre baixa escolaridade e violência, embora Sant'Anna (2003) afirme que as agressões ocorrem com mulheres de todos os níveis educacionais.

Histórias de violência intrafamiliar principiam da pobreza urbana, do desemprego, da embriaguez, porém, o baixo nível socioeconômico não é fator único e direto na causa da violência de gênero. Esta, por sua vez, está associada a um estresse maior, causado por incertezas e instabilidades, condições econômicas precárias, promiscuidade, ou seja, são esses fatores que se tornam determinantes no desencadeamento da agressão (CARVALHO et al., 2010).

Pode-se concluir que os vários estudos demonstram a faixa etária de mulheres adultas jovens e com baixa escolaridade. Mas, se pesquisar local de todos esses estudos se observa que é em serviços de saúde ou em outros serviços públicos. Assim, a classe social mais elevada e com maior escolaridade utiliza-se de outros serviços, como médicos particulares, advogados que não apareceram em nosso estudo e nem nos outros estudos já citados.

5.1.2 Prevalência da violência contra a mulher nas ESFs

O presente estudo verificou que 37,6% das mulheres entrevistadas nas ESFs responderam afirmativamente quando questionadas sobre terem, ou não, sido submetidas a algum tipo de violência em algum momento da vida, percentual este que corrobora com pesquisas da literatura que apresentam a alta prevalência da violência entre as mulheres usuárias dos serviços de saúde (VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2004; MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006; SILVA et al., 2010).

Na pesquisa realizada por Venturi, Recamán e Oliveira (2004), das 2.502 mulheres participantes do estudo, 43% relataram ter sido vítima de violência em algum momento da vida. Marinheiro, Vieira e Souza (2006) em estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, onde entrevistaram 265 mulheres entre 18 e 49 anos, encontraram 45,3% das mulheres referindo já ter sofrido algum tipo de violência durante a vida. Silva et al. (2010) concluiu estudo em Recife, Pernambuco, onde entrevistaram 619 mulheres com idade igual ou superior a 19 anos, as quais 27,5% afirmaram ter sofrido violência nos últimos 12 meses.

A Enfermagem se insere nos serviços de atenção primária e deve observar se há violência em sua área adstrita, pois pode realizar propostas junto aos órgãos de segurança do município, no sentido de propor ações de prevenção.

As variáveis, unidade de saúde, presença de filhos e número de filhos apresentaram relação estatística significativa em relação à violência geral (psicológica/moral, física, sexual e patrimonial) sofrida pelas mulheres em algum momento de suas vidas. De acordo com o teste de independência aplicado, é esperado, para estas variáveis supracitadas, que 37,6% das mulheres pertencentes à população adstrita de cada ESF sofrem ou tenham sofrido violência durante a vida.

Em relação às unidades de saúde, as ESFs Dr. Manoel Joaquim Rios (46,7%) e Dr. Antônio M. V. S. Almeida (41,9%) apresentaram percentuais acima do esperado para a prática de violência contra a mulher, enquanto a ESF Dr. Dolor S. Coragem (27,5%) mostrou percentual abaixo do esperado (TABELA 2).

Estes dados podem ser justificados pela questão da localização dessas ESFs, visto que estão instaladas em regiões mais carentes do município e que trazem problemas sociais, como baixo nível de instrução, baixo poder aquisitivo, entre outros fatores que se inserem no ciclo da violência.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência geral. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Variáveis	Violência Geral				p ¹
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Unidade de saúde (n=348)					
ESF Dr. Manoel Joaquim Rios	49	46,7	56	53,3	0,005*
ESF Dr. Antônio M. V. S. Almeida	44	41,9	61	58,1	
ESF Dr. Dolos S. Coragem	38	27,5	100	72,5	
Filhos (n=348)					
Sim	119	39,8	180	60,2	0,040*
Não	12	24,5	37	75,5	
Número de Filhos (n=348)					
0	12	24,5	37	75,5	0,005*
1-4	95	35,9	169	64,1	
5-8	20	68,9	9	31,1	
9 ou mais	4	66,7	2	33,3	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher;
*estatisticamente significativo (P<0,05)

Verifica-se, na Tabela 2, o percentual de mulheres que possuem filhos (39,8%) está acima do esperado para sofrer violência e que a medida que o número de filhos aumenta esta mulher está mais propícia a ser violentada.

No Apêndice F estão apresentadas as outras associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência geral.

Observa-se que foi elevada a prevalência de violência contra a mulher no grupo estudado, indicando a necessidade de ampliar a prevenção e os cuidados à saúde integral da mulher. Entretanto, mesmo com a alta prevalência da violência praticada contra as mulheres, o fenômeno ainda é silenciado, invisível, pouco detectado no setor de saúde, principalmente pela dificuldade em se falar e tratar do assunto, por ambas as partes envolvidas, tanto entre os profissionais quanto entre as vítimas (SCHRAIBER et al., 2003b).

Entende-se, portanto, que a violência doméstica é a mais comum das violências praticadas contra a mulher e o profissional de saúde tem papel fundamental na identificação e prevenção desse fenômeno, tendo de encará-lo como uma questão de saúde pública.

As situações de violência contra a mulher levam-nas a procurar os serviços de saúde a fim de buscar soluções sobre a saúde física, mental e reprodutiva mas, muitas vezes, os profissionais da saúde não estão prontos para atendê-las e nem para solucionar os seus questionamentos, já que estes têm sérias dificuldades na identificação da violência (GARBIN et al., 2006).

Para tanto, Minayo (1994) chama a atenção dos profissionais da saúde alertando-os no sentido de que na maior parte dos casos em que ocorrem atos violentos e traumatismos não são eventos acidentais, não são fatalidades, estes atos podem e devem ser prevenidos, enfrentados e evitados.

Garbin et al. (2006) acreditam que há necessidade de especificidade na abordagem e nos cuidados prestados à vítima de violência para que os casos sejam detectados e prevenidos. Para Oshikata et al. (2011) os serviços de atendimento às essas mulheres devem ter qualidade no que diz respeito a capacitação dos profissionais que vão abordar a vítima bem como áreas privativas e correta informação no atendimento prestado.

Ao abordar os enfermeiros e outros profissionais que atuavam nas áreas adstritas das ESFs para o levantamento dos dados, as mesmas relataram que não existia violência sendo praticada contra a mulher em suas áreas de atuação. Então, observando que nos serviços de saúde a violência é um tema que leva a negação pelas mulheres, utilizou-se um instrumento que se perguntava sobre comportamentos específicos das situações de violência e depois a classificava.

Portanto, o questionamento sobre a violência vivida em algum momento da vida foi realizado por meio da nomeação de comportamentos específicos da violência.

Durante a entrevista com as mulheres, esses comportamentos que exemplificam cada um dos tipos de agressão foram nomeados e caracterizados, principalmente, de acordo com o relato das mulheres, por ofensas e/ou humilhações (87,7%), agressão psicológica (74,8%), agressão física (54,9%) e ameaçadas de surra (48%) (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo os comportamentos específicos dos relatos de agressões. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Principais Agressões	Relatos				Total
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Ofensa e/ou humilhação	115	87,7	16	12,2	131
Agressão física	72	54,9	59	45,0	131
Expulsa de casa	45	34,3	86	65,6	131
Ameaça de morte	46	35,1	85	64,8	131
Ameaça de surra	63	48,0	68	51,9	131
Agressão psicológica	98	74,8	33	25,1	131
Obrigada a ter relação sexual	38	29,0	93	70,9	131
Ameaça com arma	23	17,5	108	82,4	131
Dinheiro confiscado	29	22,1	102	77,8	131

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: houve mais de uma resposta aos comportamentos específicos da violência

Quando indagadas sobre a violência vivida em algum momento da vida, 98% das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, perceberam tais agressões e as entenderam como violência.

Dados estes que diferem do estudo realizado por Marinheiro, Vieira e Souza (2006), onde apenas 22,3% das mulheres percebem as agressões como violência e responderam afirmativamente quando perguntadas explicitamente se haviam sofrido algum tipo de violência.

Embora somente uma parcela das mulheres vítimas de violência da população em geral reconhece e identifica a violência, no presente estudo, um elevado percentual de mulheres a entendeu e a percebeu como um fator abusivo, deixando de ser um fenômeno invisível para quase a totalidade das mulheres que sofrem e sofreram violência.

Acredita-se que as campanhas vinculadas na mídia, a criação do disque denúncia, entre outras atividades, têm levado as mulheres a se perceberem vítimas de violência.

5.1.3 Caracterização das agressões sofridas pelas mulheres, vítimas de violência, entrevistadas nas ESFs

Tabela 4 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, nas estratégias saúde da família, segundo a caracterização da agressão. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Variáveis	f	%
Agressores (n=131)		
Pai	11	8,4
Mãe	3	2,3
Namorado	5	3,8
Cônjuge	47	35,9
Ex-cônjuge	49	37,4
Outros	16	12,2
Estado dos agressores (n=144*)		
Nervoso	55	38,2
Alcoolizado	60	41,6
Drogado	12	8,3
Outros	17	11,8
Frequência das agressões (n=131)		
Diariamente	9	6,9
Semanalmente	7	5,3
Mensalmente	6	4,6
Eventualmente	26	19,8
Não ocorre mais	83	63,4
Local de ocorrência das agressões (n=131)		
Casa	111	84,7
Público	5	3,8
Casa e Público	15	11,4

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

*Nota: houve mais de uma resposta quanto ao estado do agressor.

A Tabela 4 apresenta a identificação dos agressores, verbalizadas pelas mulheres durante as entrevistas, divididos em classes: pai, mãe, namorado, cônjuge, ex-cônjuge e outros, em que outros foram considerados os filhos e netos. Dentre esses, observou-se que as mulheres referiram como seus principais agressores os ex-cônjuges (37,4%) e os cônjuges (35,9%), totalizando um percentual de 73,3% de parceiros íntimos.

Schraiber et al. (2007a) apontam o predomínio de agressores do sexo masculino em seus estudos e Saffioti (2004) disserta sobre as relações desiguais

que existem entre os homens e as mulheres, diferenças sexuais presentes no “ser macho” ou “ser fêmea”, resultantes do processo histórico que leva as mulheres a serem subordinadas aos homens. Questões essas que levam ao construto social do ser homem e do ser mulher, determinadas pela sociedade que são as questões de gênero.

O predomínio de agressores do sexo masculino e a maior ocorrência de violência perpetrada pelo próprio companheiro, conforme encontrado no presente estudo, corroboram com os achados de Garcia et al. (2008), que descrevem que as mulheres vítimas de violência referiram que 50,2% de seus agressores são seus cônjuges e ex-cônjuges. Outros estudos também encontraram maior ocorrência de violência contra a mulher praticada por parte do companheiro (MARQUES, 2005 e SCHRAIBER et al., 2007a).

Compreende-se, portanto, que o parceiro íntimo é o principal autor da violência praticada contra a mulher. Isso se deve ao fato de que, muitas vezes, a mulher está envolvida econômica e emocionalmente com o parceiro, implicando assim na dinâmica da violência (CARVALHO et al., 2010).

Para caracterizar o estado dos agressores durante os momentos de agressão contra as mulheres foram estipuladas as seguintes classes: nervoso, alcoolizado, drogado e outros. Em “outros”, considera-se agressor sem alterações aparentes e sem alterações mentais. Verificou-se que 41,6% deles estavam alcoolizados, 38,2% nervosos, 11,8% dos agressores não possuíam nenhuma alteração física e psicológica ao agredir suas mulheres e 8,3% estavam sob efeito de substâncias ilícitas, conforme Tabela 4.

A respeito do estado dos agressores quando do momento da agressão, Adeodato et al. (2005) apontam que vícios (álcool e outras drogas) e ciúmes são considerados os principais motivos no desencadeamento da violência. Porém, a violência provém de situações previamente determinadas, embora o álcool esteja associado à violência intrafamiliar, este não é seu único responsável e atua somente como facilitador no processo e outros fatores determinantes como a cultura, relações interpessoais, situação econômica, entre outros (GARCIA et al., 2008).

Ademais, os agressores possuem um perfil que mostra a presença de álcool e drogas, ciúmes, transtornos de personalidade, falta de controle sobre a raiva, dificuldade de expressar sentimentos, déficit de habilidade para comunicação, entre outros. Fatores estes que confirmam o perfil dos agressores deste estudo, onde as

mulheres relataram que seus agressores estavam alcoolizados, sob efeitos de drogas ilícitas e nervosos quando as agrediram (CARVALHO et al., 2010).

Quanto questionadas sobre a ocorrência das agressões, 63,4% das mulheres vítimas de violência entrevistadas referiram não sofrer mais nenhum tipo de violência, enquanto 36,6% sofrem agressões. Dessas 19,8% eventualmente, 6,9% diariamente, 5,3% semanalmente e 4,6% mensalmente (TABELA 4).

O local das agressões mais citado foi o lar (84,7%), lugar restrito e de intimidade da família. Somente 3,8% referiram violência em público, e 11,4% das mulheres referiram ter sofrido violência em ambos ambientes (TABELA 4).

A predominância da violência dentro do próprio lar, verificada no presente estudo, confirma dados do estudo de Garcia et al. (2008) onde 85% das agressões ocorreu dentro de casa, este fato se refere principalmente pelo medo da violência no espaço público, que atinge toda a sociedade e o lar deixa de ser um lugar seguro e passa a ser um local ameaçador para a vítima (BARSTED, 2004).

No Brasil, os crimes contra as mulheres acontecem prioritariamente dentro de casa. O parceiro íntimo é o agressor dessas mulheres em 70% desses crimes e somente 10% a 30% dos casos de violência contra a mulher são denunciados (CARVALHO et al., 2010).

Dentre o percentual de mulheres que sofreram algum tipo de agressão, apenas 34,4% afirmaram ter denunciado seu agressor na delegacia de polícia civil, registrando, assim, um BO. Porém, dessas, 53,3% retiraram a queixa e não representaram contra seus agressores junto à delegacia e aos recursos legais existentes.

As principais causas para a não denúncia ao agressor e para a convivência da mulher junto ao mesmo são muitas, porém, as mulheres ignoram o fato de serem violentadas, judicialmente, principalmente por questões financeiras. Na maioria das vezes, a violência é praticada por familiares e pessoas conhecidas e ocorrerem dentro dos ambientes familiares, sendo assim, as mulheres não denunciam e nem procuram atendimento médico, ainda que a violência se repita por meses ou anos (GARBIN et al. ,2006; OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005).

Quando questionadas sobre a convivência com o agressor, 48,1% afirmaram conviver com seus agressores. No presente estudo, não foi questionado o porquê desta convivência, porém, alguns estudos evidenciam que o fato das mulheres permanecerem com seus agressores é por acreditarem na mudança de

comportamento violento do agressor e também pela existência de filhos, pelas suas condições financeiras e pelo medo perpetrado pelo parceiro (MARQUES, 2005; ADEODATO et al., 2005).

Galvão e Andrade (2004) acrescentam ainda o fator emocional. A esperança de melhorar o relacionamento conjugal constitui o principal motivo referido pelas mulheres para continuarem convivendo com seus companheiros após as agressões sofridas (GARCIA, et al. 2008).

Em relação a ter procurado algum tipo de ajuda, quando da ocorrência das agressões, 41,2% das mulheres que sofreram violência procuraram algum tipo de auxílio. Para descrever o tipo de ajuda procurada por essas mulheres, quando agredidas, foram fracionadas as seguintes classes: parentes (indivíduos com algum grau de parentesco familiar), não parentes (indivíduos com ausência de parentesco familiar), delegacia de polícia e a ajuda de algum profissional. Dentre as pessoas mais procuradas para auxiliar as vítimas quando agredidas foram os parentes (45,5%), seguido da delegacia de polícia (34,4%), dos profissionais de saúde (10,9%), enquanto os não parentes foram procurados 9,1% dos casos.

Estes dados corroboram com o estudo de Deeke et al. (2009), onde verificou-se que 40% das mulheres procuraram ajuda dos familiares. Em seguida percebeu-se a busca por auxílio de algum profissional como policial, advogado e psicólogo (39,3%), e de pessoas sem grau de parentesco (17,9%).

Não foram questionadas as razões pelas quais a maioria das mulheres violentadas, entrevistadas nas ESFs, não procurou ajuda, mas Leôncio et al (2008) aponta que o sentimento de temor somado ao desejo de crer que o seu parceiro não seja tão ruim é o fator mais frequente que paralisa e impede a mulher de buscar ajuda.

Apenas 10,9% das mulheres entrevistadas afirmaram procurar o profissional de saúde para auxiliar nas situações de violência, este é um dado importante que leva a suspeitar da ausência de diálogo e de estreitamento das relações entre este profissional e a vítima. Infere-se, desta forma, que este seja um dos fatores que contribui para a invisibilidade da violência contra a mulher no município.

5.1.4 Tipos de violência sofridos pelas mulheres entrevistadas nas ESFs

Os tipos de violência praticados contra a mulher foram investigados de acordo com a Lei Maria da Penha. Optou-se por agrupar a violência psicológica e moral, posto esta última ser de difícil entendimento para a amostra e também devido ao fato de que, ao relatarem as agressões sofridas, as mulheres entrevistadas julgavam estar sendo vítimas de violência psicológica - poucas tinham a percepção do tipo de violência moral.

Portanto, distribuíram-se os tipos de violência em violência psicológica/moral, violência física, violência sexual e violência patrimonial. O tipo de violência mais relatado pelas mulheres foi a violência psicológica/moral (96,9%), mostrando um elevado percentual. A violência física foi observada em 55% dos casos, a violência sexual em 29% e a patrimonial em 22,1% dos relatos. Esses tipos de violência foram investigados através da nomeação de comportamentos específicos (TABELA 5).

Tabela 5 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, nas estratégias saúde da família, segundo o tipo de violência referido. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Tipo de Violência (n=131)	Sim		Não	
	f	%	f	%
Violência Física	72	55,0	59	45,0
Violência Psicológica ou Moral	127	96,9	4	3,1
Violência Patrimonial	29	22,1	102	77,9
Violência Sexual	38	29,0	93	71,0

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: pode haver mais de um tipo de violência sofrido pela mesma mulher

Os dados do presente estudo se diferem dos encontrados pelos autores Venturi, Recamán e Oliveira (2004), onde encontraram 33% das mulheres vítimas de alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Outra pesquisa realizada com 265 mulheres, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, mostra que a violência física investigada apareceu em 26,4% dos relatos das entrevistadas, 41,5% disse ter sofrido violência psicológica e 9,8% sexual (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

Chama a atenção o número de violência física (55%) relatada nesta pesquisa, assim como a sexual (29%). Podemos afirmar que os níveis são altos se pensarmos que as entrevistadas foram de uma área adstrita.

Para tanto, a violência psicológica é considerada tão ou mais prejudicial que a física, e é caracterizada pelo Ministério da Saúde (MS) como toda ação ou omissão capaz de provocar ou objetivar causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Porém, este tipo de violência fica ausente dos prontuários médicos e dos laudos, inferindo assim que os serviços de atenção primária à saúde fazem alusão a ela que somente será evidenciada em pesquisas pós-entrevistas com as vítimas (GARCIA et al., 2008; CARVALHO et al., 2010).

Mulheres poliqueixosas, com sinais e sintomas de dores pélvicas entre outras que se atende nos serviços de saúde inferem que os profissionais inseridos na rede devem estar atentos a essas mulheres, visto que podem estar inseridas no ciclo de violência.

Estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, que entrevistou 62 mulheres de 19 a 56 anos apontou que 100% afirmaram ter sofrido algum tipo de violência psicológica, apresentando um percentual próximo do registrado neste estudo, onde 96,9% das entrevistadas relataram ter sofrido violência psicológica de alguma forma (CARVALHO et al., 2010).

A elevada ocorrência da violência psicológica/moral encontrada no presente estudo corrobora também com dados encontrados por Galvão e Andrade (2004) que realizaram um estudo na cidade de Londrina, Paraná, em um Centro de Atendimento à Mulher, onde os autores encontraram maior prevalência das violências psicológica (56,4%) e física (32,1%) e Adeodato et al. (2005) que, analisando a qualidade de vida e depressão em mulheres atendidas na Delegacia do Ceará, observaram que a maioria sofreu agressões verbais e físicas (83%).

Neste estudo não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociais e a violência psicológica/moral (APÊNDICE G).

A violência física atinge cerca de 20% a 50% das mulheres no mundo ao menos uma vez na vida. Os autores realizaram um estudo com 143 usuárias, em São Paulo, onde a agressão física sofrida durante a vida adulta (acima de 15 anos) apresentou um percentual de 44,4%, pesquisa essa que se aproxima do percentual encontrado no presente estudo, em que houve 55% das mulheres afirmando sofrer ou ter sofrido violência física (SCHRAIBER et al., 2002).

Garbin et al. (2006) relatam que o maltratar fisicamente a mulher é um ato cotidiano que ocorre dentro do ambiente familiar. Esse ato é consequente de uma luta de poderes em que, historicamente, a mulher se situa em um plano inferior ao do homem, fato este que vem sendo questionado e combatido pelas mulheres há mais de um século.

Gradim (2005) afirma que as discussões e as relações sociais, a fim de modificar o conceito imposto histórica e culturalmente, no último século, vêm aumentando e as mulheres estão lutando por seus direitos perante a sociedade, como pelo voto e pelas melhorias nas condições de trabalho.

A Tabela 6 descreve a distribuição das mulheres entrevistadas que sofreram violência física em algum momento da vida, associada com as variáveis independentes, unidade de saúde, filhos do parceiro atual, denúncias ao agressor, convivência com o agressor, procurou ajuda, agressores, religião e estado dos agressores, as quais possuem diferença estatística significativa.

Tabela 6 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência física. Guaxupé – MG. Brasil, 2012. (continua)

Variáveis	Violência Física				p ¹
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Unidade de saúde (n=131)					
ESF Dr. Manoel Joaquim Rios	20	40,8	29	59,2	0,039*
ESF Dr. Antônio M. V. S. Almeida	27	61,4	17	38,6	
ESF Dr. Dolos S. Coragem	25	65,8	13	34,2	
Filhos do parceiro atual (n=93)					
Sim	25	43,9	32	56,1	0,016*
Não	25	69,4	11	30,6	
Denunciou o agressor (n=131)					
Sim	36	80,0	9	20,0	0,000*
Não	36	41,9	50	58,1	
Convivência com o agressor (n=131)					
Sim	28	44,4	35	55,6	0,020*
Não	44	64,7	24	35,3	
Procurou ajuda (n=131)					
Sim	38	70,4	16	29,6	0,003*
Não	34	44,2	43	55,8	

Tabela 6 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência física. Guaxupé – MG. Brasil, 2012. (conclusão)

Variáveis	Violência Física				p ¹	
	Sim		Não			
	f	%	f	%		
Agressores (n=131)						
Pai	5	45,5	6	54,5	0,019*	
Mãe	0	0	3	100,0		
Namorado	2	40,0	3	60,0		
Cônjuge	21	44,7	26	55,3		
Ex-cônjuge	36	73,5	13	26,5		
Outros	8	50,0	8	50,0		
Religião (n=131)						
Católica	45	47,9	49	52,1	0,044*	
Evangélica	21	70,0	9	30,0		
Espírita	2	66,7	1	33,3		
Outras	4	100,0	0	0		
Estado dos agressores (n=131)						
Nervoso	Sim	24	43,6	31	56,4	0,027*
	Não	48	63,2	28	36,8	
Alcoolizado	Sim	40	66,7	20	33,3	0,013*
	Não	32	45,1	39	54,9	
Drogado	Sim	9	75,0	3	25,0	0,143
	Não	63	52,9	56	47,1	
Outros	Sim	9	52,9	8	47,1	0,858
	Não	63	55,3	51	44,7	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*estatisticamente significativo (P<0,05)

De acordo com o teste para a independência, para todas as variáveis expostas na Tabela 6, é esperado que 55% das mulheres entrevistadas sofrem ou tenham sofrido violência física em algum momento da vida.

A variável unidade de saúde apresentou associação significativa em relação à violência física, sofrida alguma vez na vida, pelas mulheres entrevistadas. Em relação à violência física praticada contra as mulheres da ESF Dr. Antonio M. V. S. Almeida (61,4%) e da ESF Dr. Dolor S. Coragem (65,8%) está acima do esperado para sofrer este tipo de violência, enquanto a ESF Dr. Manoel Joaquim Rios (40,8%) tem sua porcentagem abaixo deste (TABELA 6).

Em relação à presença de filhos do parceiro atual das mulheres entrevistadas, observou-se que mulheres vítimas de violência física, que possuem filhos com seus parceiros atuais (43,9%), está abaixo do esperado para sofrer este tipo de violência,

enquanto a ausência de filhos com o atual parceiro possui um percentual acima do esperado (69,4%) (TABELA 6).

Quanto à denúncia feita contra o agressor, as entrevistadas que mostraram resposta afirmativa a esta pergunta somam-se 80%, estando acima do esperado para este tipo de violência, enquanto as mulheres que não denunciaram seu agressor têm prevalência abaixo do esperado, somando 41,9%, estabelecendo, assim, uma diferença estatisticamente significativa (TABELA 6).

Ainda de acordo com a Tabela 6, ter sofrido violência física em algum momento da vida possui associação estatística com a variável convivência com o agressor. O percentual de mulheres que convivem com seu agressor (44,4%) está abaixo do esperado quando praticado este tipo de violência.

O percentual de mulheres que procuram ajuda no momento da agressão física (70,4%) está acima do esperado para este tipo de violência, este fato pode estar ligado a cultura de que somente quando existe a agressão física é que realmente há a prática da violência (TABELA 6).

Analisando-se os principais agressores, foi verificada a associação estatisticamente significativa com a violência física, mostrando que o percentual de pais (45,5%), mães (0), namorado (40%), cônjuge (44,7%) e outros (50%) que praticam este tipo de violência estão abaixo do esperado, enquanto os ex-cônjuges (73,5%) apresentam percentuais acima do esperado para praticar este tipo de violência (TABELA 6).

Em relação às religiões praticadas pelas mulheres vítimas de violência, de acordo com o teste, o percentual de mulheres praticantes da religião evangélica (70%) está acima do esperado, enquanto a ocorrência de violência que acomete as católicas (47,9%) e as espíritas (66,7%) está abaixo do esperado para este tipo de violência (TABELA 6).

O estado que os agressores se encontravam no momento da agressão apresentou significância estatística junto à violência física. O agressor estar nervoso (43,6%) não aumenta a prática da violência, inferindo que o ato de agressão pode ser planejado e não impulsivo. E o efeito do álcool (40%) apresenta um percentual acima do esperado para praticar a violência física. (TABELA 6).

No Apêndice H estão apresentadas as outras associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência física.

É estimado que 18% da população de mulheres sofram pelo menos um episódio de violência sexual em algum momento da vida (JONES et al., 2009). No Brasil, um estudo feito no Rio de Janeiro, verificou que a violência sexual atinge aproximadamente 8% das mulheres maiores de 16 anos e 18% das mulheres da cidade de Salvador, Bahia (OSHIKATA et al., 2011).

No presente estudo, o percentual de mulheres que relataram sofrer violência sexual (29%) é diferente dos encontrados em outras regiões brasileiras, porém corrobora com estudo randomizado realizado por meio de entrevista telefônica, em que Masho, Odor e Adera (2005) verificaram que, das 1.769 mulheres investigadas, 27,6% sofreram algum tipo de violência sexual em suas vidas.

Tabela 7 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência sexual. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Agressores (n=131)	Violência Sexual				p ¹
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Pai	1	9,1	10	90,9	0,027*
Mãe	1	33,3	2	66,7	
Namorado	1	20,0	4	80,0	
Cônjuge	12	25,5	35	74,5	
Ex-cônjuge	22	44,9	27	55,1	
Outros	1	6,3	15	93,8	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher
*estatisticamente significativo (P<0,05)

Em relação à violência sexual, sofrida alguma vez na vida, foi verificada uma associação estatisticamente significativa com agressores das vítimas, mostrando que o percentual de agressores esperado para praticar este tipo de violência foi de 29%.

As variáveis, namorado (20%), pai (9,1%) e outros (filhos e netos) (6,3%), estão abaixo do esperado para praticar este tipo de violência, enquanto mãe (33,3%) e cônjuge (25,5%) apresentam prevalência próxima do esperado e ex-cônjuge (44,9%) percentual acima do esperado para agredir sexualmente suas mulheres,

confirmando dados da literatura em que, na maior parte das vezes, o agressor das mulheres é seu cônjuge ou ex-cônjuge (TABELA 7).

A violência sexual praticada contra as mulheres é uma forma de o homem exercer seu poder sobre as mulheres, fazendo com que o corpo se torne um objeto da sua autonomia e a mulher seja submissa aos seus desejos. Mas também é uma forma de agredir outros homens, partindo do pressuposto de que o homem possui sexualmente a mulher e seu corpo (OLIVEIRA, 2007).

No Apêndice I estão apresentadas as outras associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência sexual.

Os percentuais de incidência e prevalência da violência sexual são variáveis na maior parte dos estudos. Essa diferença ocorre principalmente devido às características da população estudada, à metodologia empregada no estudo, à idade da população, à situação política da região do estudo e à condição familiar e social da mulher (OSHIKATA et al., 2011).

Portanto, quando se fala da violência sexual praticada contra a mulher, esta deve ser contextualizada, a fim de promover a compreensão deste fenômeno por toda a sociedade e principalmente pelas vítimas que, ao sofrerem abusos sexuais, não denunciam seus agressores por medo de vingança, sensação de culpa, desconhecimento dos direitos legais ou até mesmo pelo vínculo sentimental ou hierárquico entre as vítimas e seus agressores (GARCIA et al., 2008).

A violência patrimonial é praticada contra a mulher como forma de coibi-la e de controlar seus bens, para que fique cada vez mais dependente do parceiro. Estudo realizado no município de Pinhais, Paraná, por meio de levantamento e análise dos casos notificados de violência contra a mulher, mostrou que 6,3% dos 200 casos investigados, apresentaram a violência patrimonial associada à violência física, psicológica e sexual, diferindo dos dados encontrados neste estudo em que 22,1% das mulheres referiram ter passado em algum momento de suas vidas por um episódio de violência patrimonial (MATTOS; RIBEIRO; CAMARGO, 2012).

A Tabela 8 descreve a distribuição das mulheres entrevistadas que sofreram violência patrimonial em algum momento da vida associada de forma significativa às variáveis estado civil e tipos de agressores.

Tabela 8 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência patrimonial. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Variáveis	Violência Patrimonial				p ¹
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Estado civil (n=131)					
Casada	18	21,2	67	78,8	0,044*
Solteira	3	12,5	21	87,5	
Viúva	1	12,5	7	87,5	
Divorciada	7	50,0	7	50,0	
Agressores (n=131)					
Pai	1	9,1	10	90,9	0,025*
Mãe	0	0	3	100,0	
Namorado	1	20,0	4	80,0	
Cônjuge	9	19,1	38	80,9	
Ex-cônjuge	18	36,7	31	63,3	
Outros	0	0	16	100,0	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*estatisticamente significativo (P<0,05)

Para estabelecer a significância entre as associações das variáveis utilizou-se o teste para a independência. Este, por sua vez, utiliza a porcentagem esperada entre a variável independente e este tipo de violência. De acordo com o teste, para as variáveis supracitadas, é esperado que 22,1% das mulheres entrevistadas sofrem ou tenham sofrido violência patrimonial.

Em relação à violência patrimonial, sofrida alguma vez na vida, foi verificada uma associação estatisticamente significativa com o estado civil. O percentual de mulheres divorciadas que sofreram violência patrimonial foi de 50%. Este valor está acima do esperado para sofrer este tipo de violência, enquanto as mulheres casadas (21,2%) apresentam uma prevalência próxima do valor esperado, as mulheres solteiras (12,5%) e viúvas (12,5%), tem sua porcentagem abaixo deste. (TABELA 8).

Analisando-se os agressores, foi verificada a associação estatisticamente significativa com o da violência patrimonial, mostrando que, de acordo com o teste, os percentuais de namorados (20%) e cônjuges (19,1%) estão próximos do esperado para praticar este tipo de violência e um percentual acima do esperado é observado em relação aos ex-cônjuges (36,7%).

Estes valores podem ser explicados devido ao fato da violência patrimonial ocorrer de forma a controlar os bens patrimoniais das mulheres por parte dos companheiros, sendo que as mulheres casadas estão mais propícias a sofrerem este tipo de violência devido ao convívio diário com os agressores (TABELA 8).

Na Tabela 8, as variáveis estado civil e agressores, mostraram diferenças estatisticamente significativas quando relacionadas à ocorrência de violência patrimonial em algum momento da vida. No Apêndice J estão apresentadas as outras associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência patrimonial.

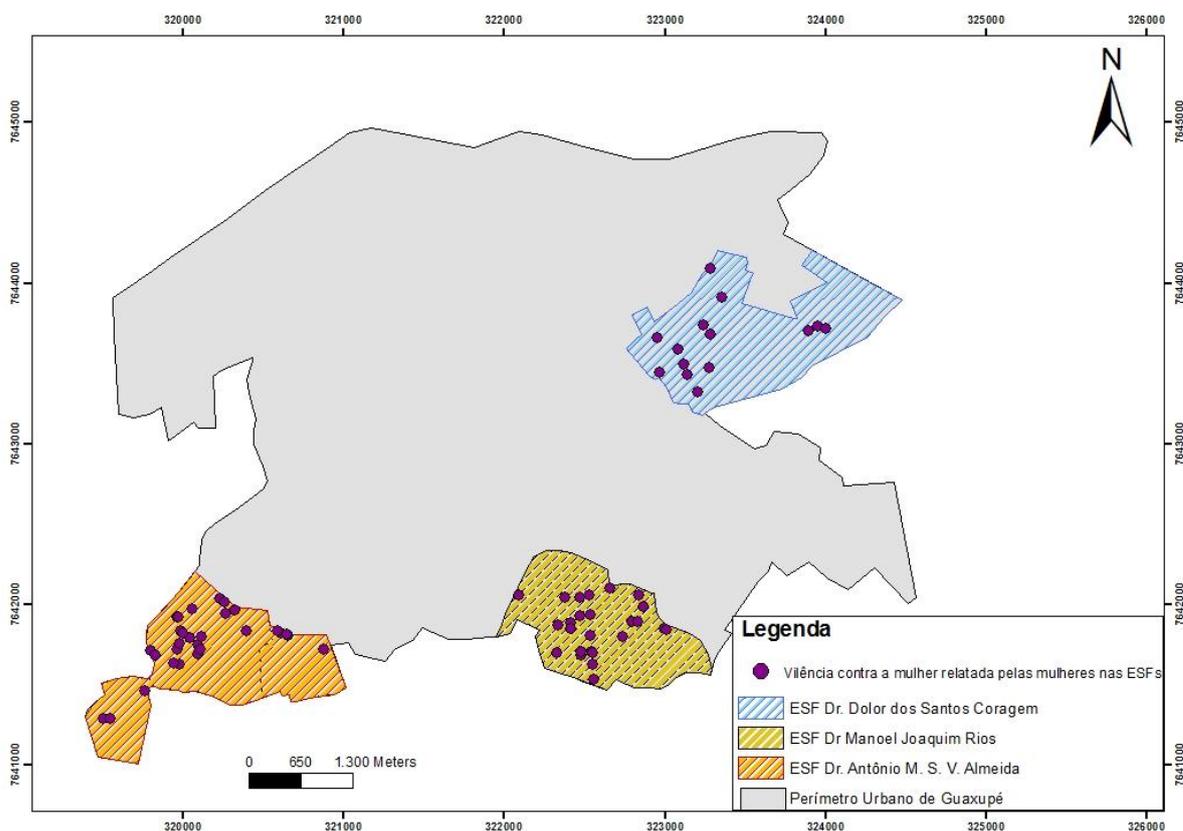


Figura 2 – Distribuição geográfica dos locais de ocorrência de violência relatados pelas mulheres via entrevista, nas ESFs. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Na Figura 2 estão representados os locais de ocorrência da violência contra a mulher relatada pelas entrevistas feitas nas ESFs. As propostas teóricas da Estratégia Saúde da Família apresentam condições para o enfrentamento da violência contra mulher, visto que os princípios da promoção da saúde e a intersetorialidade são capazes de nortear as ações (ANDRADE, FONSECA, 2008).

No entanto, observa-se na prática cotidiana, que os profissionais encontram-se muitas vezes despreparados, com qualificação insuficiente para atuar na ESF e com dificuldade de interagir novos conhecimentos e práticas nas ações coletivas, gerando prejuízos na atuação das equipes em ações de vínculo e acolhimento (GOMES, PINHEIRO, 2005).

Por isso, reforça-se a importância da capacitação dos profissionais que atendem as vítimas de violência nos serviços de saúde. Esses profissionais devem estar atentos aos sinais, aos sintomas e às queixas que o fenômeno provoca em suas vítimas para que assim consigam promover a saúde dessas mulheres e de suas famílias e, por conseguinte, prevenir agravos futuros.

5.2 Características socioeconômicas levantadas nos boletins de ocorrência

Nas últimas décadas, em várias partes do mundo, ocorreram manifestações que levaram a violência praticada contra a mulher a um patamar de alta visibilidade, manifestações que tiraram este fenômeno do âmbito doméstico, tornando-o público (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008).

Neste contexto, foram criadas as delegacias especializadas no atendimento à mulher. Assim, a mulher passou a ter um apoio legal do setor e a questão ganhou sua real importância. Porém, para que as delegacias funcionem com eficiência é necessário trabalhar de forma integrada e qualificada, dando resolutividade ao sistema e importância ao primeiro atendimento da mulher feito na delegacia, para que a revitimização seja evitada e para que ela se sinta segura ao denunciar seu agressor (PASINATO, 2006).

Entretanto, no Brasil, como em vários outros países, as mulheres não se sentem seguras para denunciar seus agressores às autoridades competentes e nem para buscar ajuda, fato este salientado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (OSHIKATA et al., 2011).

Dados mostram que 20% das vítimas de violência não procuram os serviços de apoio existentes sendo que, atualmente, há mais de 350 delegacias especializadas no atendimento à mulher, além das Organizações Não-Governamentais, hospitais e casas de abrigo (OSHIKATA et al., 2011).

Fatores como a falta de efetividade das delegacias especializadas podem estar ligados à ocorrência da não denúncia, pois, no momento em que o BO é registrado e que o agressor está sendo denunciado deve haver apoio e acompanhamento para a vítima, visto este ser um momento singular, já que muitas mulheres nem sempre estão prontas para sair da situação de violência em que se encontram (MONTEIRO, 2005).

Neste segundo momento da pesquisa, após o levantamento dos BOs registrados na Lei Maria da Penha na Delegacia de Polícia Civil do município, apresentam-se os resultados correspondentes às agressões de violência doméstica e familiar contra a mulher. Quando a mulher sofre agressão, muitas delas não acionam a polícia e denunciam seus agressores diretamente ao Ministério Público. Portanto, não se teve acesso a essas denúncias, ficando restritos apenas aos BOs registrados junto a Delegacia de Polícia Civil. Foi coletada uma amostra de 163 BOs.

Tabela 9 – Distribuição das vítimas e dos agressores de violência doméstica e familiar registrados nos boletins de ocorrência na 18ª Delegacia de Polícia Civil segundo faixa etária, ocupação, escolaridade, sinais de sofrimento mental e sinais de substâncias tóxicas. Guaxupé – MG. Brasil, 2012. (continua)

Variáveis	Vítima		Agressor	
	f	%	f	%
Faixa etária (anos) (n=156*; n=118*)				
12 – 19	20	12,8	8	4,9
20 – 34	75	48,1	65	39,9
35 – 44	27	17,3	25	15,3
45 – 59	27	17,3	16	9,8
60 anos ou mais	7	4,5	4	2,5
Ocupação (n=117*; n=90*)				
Grupo 0	0	0	0	0
Grupo 1	0	0	0	0
Grupo 2	3	2,6	0	0
Grupo 3	3	2,6	6	6,7
Grupo 4	0	0	0	0
Grupo 5	15	12,8	19	21,1
Grupo 6	3	2,6	9	10,0
Grupo 7	0	0	8	8,9
Grupo 8	0	0	0	0
Grupo 9	33	28,2	25	27,7
Estudante	7	5,9	1	1,1
Sem classificação	53	45,3	22	24,4

Tabela 9 – Distribuição das vítimas e dos agressores de violência doméstica e familiar registrados nos boletins de ocorrência na 18ª Delegacia de Polícia Civil segundo faixa etária, ocupação, escolaridade, sinais de sofrimento mental e sinais de substâncias tóxicas. Guaxupé – MG. Brasil, 2012. (conclusão)

Variáveis	Vítima		Agressor	
	f	%	f	%
Escolaridade (n=155*; n=122*)				
Analfabeto	1	0,6	2	1,9
Alfabetizado	76	49,0	62	59,0
Fundamental incompleto	25	16,1	20	19,0
Fundamental completo	15	9,6	20	19,0
Médio incompleto	16	10,3	4	3,8
Médio completo	18	11,6	13	12,3
Superior incompleto	1	0,6	1	0,9
Superior completo	3	1,9	0	0
Sinais de Sofrimento Mental (n=163; n=163)				
Sim	0	0	0	0
Não	27	16,6	16	9,8
Sem informação	136	83,4	147	90,2
Sinais de Substâncias Tóxicas (n=163; n=163)				
Sim	0	0	3	1,8
Não	27	16,6	16	9,8
Sem informação	136	83,4	144	88,3

Fonte: Dados coletados a partir dos registros dos BOs da 18ª Delegacia de Polícia Civil. Guaxupé – MG.

*Nota: o valor faltante para (n=163; n=163), são os registros sem informações.

A idade das mulheres vítimas de violência variou entre 12 e 74 anos, com maior percentual entre as mulheres adultas jovens (20 a 34 anos) com 48,1% da amostra, o mesmo aconteceu com o agressor em que a mesma faixa etária correspondeu a 39,9% da amostra (TABELA 9).

Nota-se, então, que a violência contra a mulher é praticada desde a infância até a terceira idade, 12,8% das vítimas tinham entre 12 e 19 anos e 4,5% eram mulheres com mais de 60 anos. De acordo com o teste de homogeneidade era esperado que ocorresse um percentual de 20% distribuídos entre as faixas etárias, observando um percentual elevado de vítimas e agressores jovens adultos.

Estes dados corroboram com pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, por Gandoni-Costa, Zucatti e Dell'aglio (2011) em que foram verificadas 351 fichas de vítimas de violência em uma Delegacia de Mulher. Onde se observou que as mulheres tinham entre 12 e 78 anos e que a maioria se encontrava na faixa etária de 24 a 45 anos, população jovem adulta. Monteiro et al. (2006) também citam essa

faixa etária como a de maior risco para sofrer violência, visto estar associada a um período de intensa atividade sexual e reprodutiva. Já o predomínio de agressores adultos jovens corroboram com estudo de Garcia et al. (2008).

Em relação à ocupação, a maior parte das vítimas (45,3%) não possui classificação junto a CBO, são elas donas de casa, aposentadas e/ou pensionistas e as desempregadas, seguida de 28,2% das empregadas domésticas. Enquanto que 24,4% dos agressores não possuem classificação junto a CBO e, em sua maioria, 27,7% são autônomos (TABELA 9).

A respeito da condição social das mulheres que registram um BO é importante salientar que muitas delas trabalham em atividades não remuneradas. Nesse sentido, Alberdi (2005), Schraiber et al. (2007b) e Carneiro e Oliveira (2008) afirmam que depender financeiramente do homem aumenta a fragilidade, a vulnerabilidade e a desvalorização da mulher, fazendo surgir assim, um cenário propício para ocorrer a violência, já que essa situação infere na direção de manter a mulher dependente dos homens e submissas aos mesmos.

Quanto à escolaridade tanto da vítima como do agressor, infelizmente, os dados não são confiáveis, visto que houve predominância dos BOs em que havia apenas a informação ser alfabetizado ou não. Assim 49% das vítimas e 59% dos agressores eram alfabetizados, porém 16,1% das vítimas e 19% dos agressores não possuíam o Ensino Fundamental, enquanto 14,1% das mulheres que fizeram a denúncia detinham o Ensino Médio completo. Apenas 1,9% das vítimas possuem o Ensino Superior completo, enquanto nenhum agressor o possui (TABELA 9).

A baixa escolaridade é apontada como um dos fatores que levam a prática da violência. Para Adeodato et al. (2005), Rabello e Caldas Júnior (2007) e Moura et al. (2009), a redução da tolerância à violência acontece quando existe um maior nível de escolaridade por parte da mulher, já que esta passa a ter domínio pessoal.

Porém, isso não significa que o fenômeno da violência não atinja a todas as classes sociais, e que as mulheres com mais anos de estudo ou mais esclarecidas não enfrentam a violência. Pelo contrário, essas mulheres possuem alternativas como os consultórios médicos, advogados e psicólogos, sendo esses dados não notificados e computados no sistema, fazendo com que haja uma representação não real das denúncias e faz com que a violência seja frequentemente associada à pobreza (ADEODATO et al., 2005; RABELLO; CALDAS JÚNIOR, 2007; MOURA et al. 2009).

Os funcionários responsáveis pelo preenchimento devem receber um treinamento para que os campos não fiquem em branco, levando, assim, a falta de informações nos registros, visto o exemplo dos campos utilizados para descrever a presença de sinais e substâncias tóxicas e de presença de sofrimento mental, conforme Tabela 9, tanto por parte da vítima quanto por parte do agressor, dos 163 BOs levantados, aproximadamente 90% não detinham estas informações.

Para tanto, faz-se necessário atentar-se para as modificações que o álcool e as drogas causam na personalidade, afetando de forma negativa as relações interpessoais, vindo a desencadear conflitos conjugais e sobrecarregar emocionalmente as mulheres de companheiros que fazem uso de tais substâncias (NARVAZ, 2002).

Além disso, o uso dessas substâncias, gera impacto na família do dependente, impondo graves prejuízos na estrutura familiar como a depressão, a desarmonia conjugal e a falta de resolutividade dos problemas da vida adulta (MELO et al., 2005).

Nesate contexto, Debert e Oliveira (2007) afirmam que as usuárias das delegacias especializadas possuem um perfil homogêneo, sendo consideradas mulheres com baixo nível de instrução, de classe popular, e que, na maioria das vezes, são donas de casa ou domésticas. Não excluindo e enfatizando, porém, que a violência permeia todos os grupos e classes sociais e que é um fenômeno que necessita de medidas para sua prevenção.

A grande maioria dos BOs levantados nesta pesquisa foi registrada na zona urbana do município, representando 95,1% da amostra. Entre as vítimas 52% eram casadas, 46% solteiras e 22% divorciadas. Quanto à cor/etnia, 51,8% se consideravam brancas, seguidas de 40,9% pardas e 7,3% pretas.

A Tabela 10 apresenta a caracterização dos BOs levantados na delegacia de acordo com as variáveis: dia da semana, horário, grau de lesão e relação entre vítima e agressor.

De acordo com a Tabela 10, os finais de semana são mais propícios para ocorrer a violência, totalizando um percentual de 49% da amostra, 26,9% dos BOs foram registrado aos domingos, e 22,1% aos sábados.

Tabela 10 – Distribuição dos boletins de ocorrência referentes a violência doméstica e familiar contra a mulher, segundo dia da semana, horário, tipo de lesão e relação vítima/agressor. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Variáveis	f	%
Dia da semana (n=163)		
Domingo	44	26,9
Segunda-feira	15	9,2
Terça-feira	21	12,9
Quarta-feira	26	16,0
Quinta-feira	11	6,7
Sexta-feira	20	12,3
Sábado	26	22,1
Horário (n=163)		
0h às 5h	18	11,0
6h às 11h	38	23,3
12h às 17h	44	27,0
18h às 23h	63	38,7
Grau da Lesão (n=105*)		
Presença de lesão	35	33,3
Sem lesões aparentes	70	66,7
Relação vítima com agressor (n=142*)		
Namorado	5	3,6
Cônjuge	57	40,1
Ex-cônjuge	42	29,5
Outros – Filho(a)/Neto(a)	38	26,8

Fonte: Dados coletados a partir dos registros dos BOs da 18ª Delegacia de Polícia Civil. Guaxupé – MG.

*Nota: o valor faltante para (n=163), são os registros sem informações.

O período da noite, que corresponde das 18h às 23h, foi o de maior incidência de violência com 38,7% dos casos sendo registrados neste período, enquanto 27% ocorreram no período da tarde (12h às 17h), 23,3% ocorreram no período da manhã (6h às 11h) e apenas 11% na madrugada (0h às 5h) sendo este o horário de menor índice de registro da violência (TABELA 10).

Para comparar a variável dia da semana, foi feito um agrupamento nos registros de BOs, em que os dias sábado e domingo formaram o fim de semana enquanto os outros dias permaneceram sem alterações.

De acordo com o teste de homogeneidade, é esperado que sejam registrados em cada dia da semana 16,6% dos BOs. Porém o final de semana apresentou prevalência acima do esperado com 49% dos BOs sendo registrados

nos finais de semana, período em que o agressor fica mais em casa. Enquanto os outros dias da semana tiveram seus percentuais abaixo do esperado (TABELA 10).

Em relação ao horário de ocorrência dos BOS, verificou-se que 38,7% destes são registrados no período das 18h às 23h. De acordo com o teste de homogeneidade é esperado um percentual de 25%, portanto pode-se verificar um valor acima do esperado no período da noite e uma diminuição deste no período da madrugada (TABELA 10).

A agressão ocorre a qualquer hora do dia ou da noite, porém, o período da noite se torna mais propício devido às características do momento, do fator surpresa e da explosão da tensão cotidiana. Dossi et al. (2008) ao realizarem um estudo no município de Araçatuba, São Paulo, encontraram uma maior frequência das agressões nos finais de semana e no período de 12h à 0h. Jones et al. (2009) também observaram que 80% das agressões sexuais acontecem entre 18h e 6h da manhã.

Todavia, Oshikata et al. (2011) referem ter observado no últimos anos um aumento significativo dos casos de violência que ocorrem durante o dia, este fato se deve, principalmente, segundo os autores, ao aumento da violência perpetrada por conhecidos que acontecem dentro do âmbito doméstico, em que a vítima possui vínculo com seu agressor. No entanto, no presente estudo, as agressões ocorreram predominantemente no período noturno.

A presença de lesões aparentes sofridas pelas vítimas é classificada nos BOs como: leves, médias, graves ou inconsequentes, corresponderam a 33,3% das denúncias e, nessas, o grau de lesões leves foi constatado em sua maioria. Enquanto em 66,7% não foi constatado a presença de lesões, visto que somente se a vítima estiver com lesão física aparente é que se é anotado nos registros de BOs (TABELA 10).

Vale ressaltar que seria ideal que todas as vítimas de violência envolvidas nas denúncias passassem pelo exame de corpo delito, visto ser este feito por profissionais capacitados para tal. Porém, infelizmente isso não ocorre.

Quanto à relação da vítima com seu agressor, 40,1% das agressões foram provocadas pelos companheiros das vítimas, 29,5% das denúncias eram ex-companheiros, totalizando um percentual de 69,6% das agressões sendo praticadas por parceiro íntimo, enquanto 26,8% por agressores parentes da vítima como filho (a) e neto (a). De acordo com o teste de homogeneidade, era esperado que

ocorresse um percentual de 25% das agressões sendo praticadas por cada tipo de agressor, verificando assim um percentual elevado dos cônjuges e ex-cônjuges ao agredir suas mulheres (TABELA 10).

Dados da OMS mostram que, em 60% dos casos de violência, o agressor é o companheiro e que uma em cada seis mulheres no mundo sofre violência doméstica (OMS, 2005). Esses fatos podem ser explicados pelo papel social imposto às mulheres, em que, reforçadas pela cultura patriarcal, as mulheres obedecem a seus maridos mesmo sem concordar com eles e muitas consideram o casamento como o *status* mais importante, mesmo sofrendo violência (MELO; SILVA; CALDAS, 2009; MOURA et al., 2009; SOUTO; BRAGA, 2009).

Portanto, dados encontrados nesta pesquisa, mostram que os BOs são predominantemente registrados nos finais de semana, durante o período noturno. Na maior parte das vezes as lesões praticadas contra a vítima não aparecem nos registros e o agressor dessas mulheres é, principalmente, seu companheiro e ex-companheiro.

Não foram observadas variações estatisticamente significativas com as variáveis: ocupação, sinais de sofrimento mental, sinais de substâncias tóxicas, escolaridade e grau de lesão, sendo, portanto, dispensável o uso do teste estatístico.

Tabela 11- Distribuição dos bairros onde foram registrados boletins de ocorrência referentes à violência doméstica e familiar contra a mulher. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Bairro (n=152)	f	%
Angola	9	5,9
Centro	18	11,8
Jardim Rosana	8	5,2
Parque dos Municípios I	10	6,5
Parque dos Municípios II	10	6,5
Recreio Bandeirantes	6	3,9
Santa Cruz	6	3,9
Vila Meziara	6	3,9
Vila Progresso	9	5,9
Outros	70	46,0

Fonte: Dados coletados a partir dos registros dos BOs da 18ª Delegacia de Polícia Civil. Guaxupé – MG.

*Nota: o valor faltante para (n=163) são os registros sem informações.

Quanto ao local de ocorrência do ato de violência, 53 diferentes bairros foram encontrados nos registros das vítimas. Nota-se na Tabela 11 que o bairro que mais denuncia a violência doméstica praticada contra a mulher é o centro, com 11,8% dos casos, seguido dos bairros Parque dos Municípios I e II com 6,5%, enquanto 46% correspondem aos 44 bairros com índice de registros BOs menor que 3,3%.

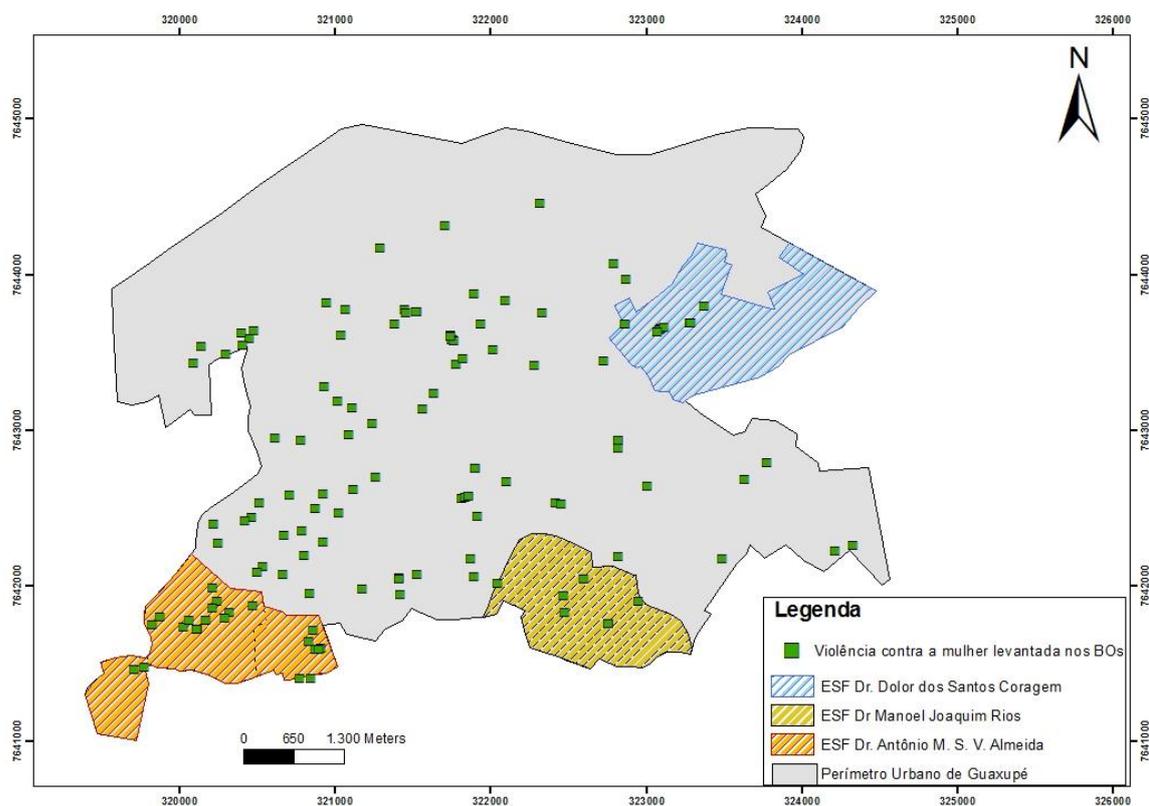


Figura 3 - Distribuição geográfica das ocorrências de violência contra a mulher registradas nos BOs. Guaxupé - MG. Brasil, 2012.

Na Figura 3 foram determinados os locais de ocorrência de violência contra a mulher, registradas nos BOs, sendo que muitas delas coincidem com áreas de ESFs do município. Verificou-se que as denúncias de violência contra a mulher acometem todo o município em estudo. Observa-se que uma maior concentração dos casos de violência contra a mulher sendo denunciadas pela porção oeste do município, este fato ocorre, possivelmente, devido a essa região ser mais populosa.

Gadoni-Costa, Zucatti e Dell'Aglio (2011) sugerem que sejam criados programas que busquem a capacitação do profissional e que estará a frente no

atendimento das vítimas de violência, além fortalecer as redes sociais que visam acolher e assistir a família das mulheres. Da mesma forma, políticas públicas devem ser direcionadas a esses casos de forma a promover a integralidade das ações voltadas para o bem-estar e à segurança das vítimas e de suas famílias.

5.3 Associação dos locais de ocorrência da violência registrados nos BOS com a violência relatada nas áreas adstritas das ESFs

Tabela 12 – Distribuição das vítimas de violência entrevistadas nas ESFs e dos boletins de ocorrência referentes à violência doméstica e familiar contra mulher segundo a área adstrita de cada ESF do município. Guaxupé – MG. Brasil, 2012.

Unidade de Saúde	Local de relatos das agressões			
	Mulheres entrevistadas nas ESFs		Registros levantados nos BOS	
	f	%	f	%
ESF Dr. Manoel Joaquim Rios	49	46,7	7	15,5
ESF Dr. Antônio M. S. V. Almeida	44	41,9	24	53,3
ESF Dr. Dolor dos Santos Coragem	38	27,5	14	31,1
Total	131	37,6	45	100

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs e dos registros dos BOs da 18ª Delegacia de Polícia Civil. Guaxupé – MG.

Levando em consideração as ESFs do estudo, foi verificado que a ESF que apresentou maior frequência de relatos de agressão contra a mulher foi a ESF Dr. Manoel Joaquim Rios, com um percentual de 46,7% das mulheres referindo ter sofrido algum tipo de violência durante a vida, seguido da ESF Dr. Antônio M. V. S. Almeida (41,9%) e da ESF Dr. Dolor dos Santos Coragem (27,5%) (TABELA 12).

Acredita-se que o fato de a ESF Dr. Manoel Joaquim Rios e a ESF Dr. Antônio M. V. S. Almeida apresentarem percentuais de violência mais elevados quando comparados à ESF Dr. Dolor dos Santos Coragem é devido a essas unidades de saúde se localizarem em bairros com maior densidade demográfica (TABELA 12).

Também deve ser considerada a falta de notificação da violência contra a mulher nos serviços de saúde, o que acarreta um entrave para sua real visibilidade, para seu dimensionamento epidemiológico, para a criação de políticas públicas de

saúde e, principalmente, para fazer com que o fenômeno seja conhecido entre as mulheres, tornando-as seguras para pedir ajuda nos serviços de saúde e para que estes serviços façam a prevenção deste fenômeno que foi silenciado durante anos e ainda hoje é invisível aos olhos da sociedade (CARVALHO et al., 2010).

Conforme apresentado na Tabela 12, percebe-se que, dos 163 BOs registrados na Delegacia de Polícia Civil, 27,6% compreendem endereços correspondentes a essas áreas, sendo 53,3% da ESF Dr. Antônio Marques Vianna de Souza Almeida, 31,1% da ESF Dr. Dolor dos Santos Coragem e 15,5% da ESF Dr. Manoel Joaquim Rios. Enquanto 72,4% dos registros de BOs, não eram de endereços das áreas adstritas das ESFs.

A unidade de saúde possui associação estatística significativa com os registros de BOs. De acordo com o teste de homogeneidade é esperado que se registre uma frequência de 15 para cada unidade, o que corresponde a 33,3% de BOs em cada ESF, enquanto a ESF Dr. Antonio M. S. V. Almeida registrou 53,3% dos BOs, estando acima do percentual esperado (TABELA 12).

As delegacias necessitam de qualificação dos profissionais envolvidos no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, bem como estruturas físicas adequadas como preconizado na Lei Maria da Penha, já que lacunas nos atendimentos destas vítimas não podem existir (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

A Figura 4, a seguir, demonstra a sobreposição do local de ocorrência da violência contra a mulher relatada nas ESFs e dos locais encontrados nos registros dos BOS, inferindo, assim, que a violência contra a mulher permeia todo o município. São necessárias ações que prestem assistência às vítimas e suas famílias de forma multiprofissional e intersetorial, buscando acabar com a invisibilidade desta problemática.

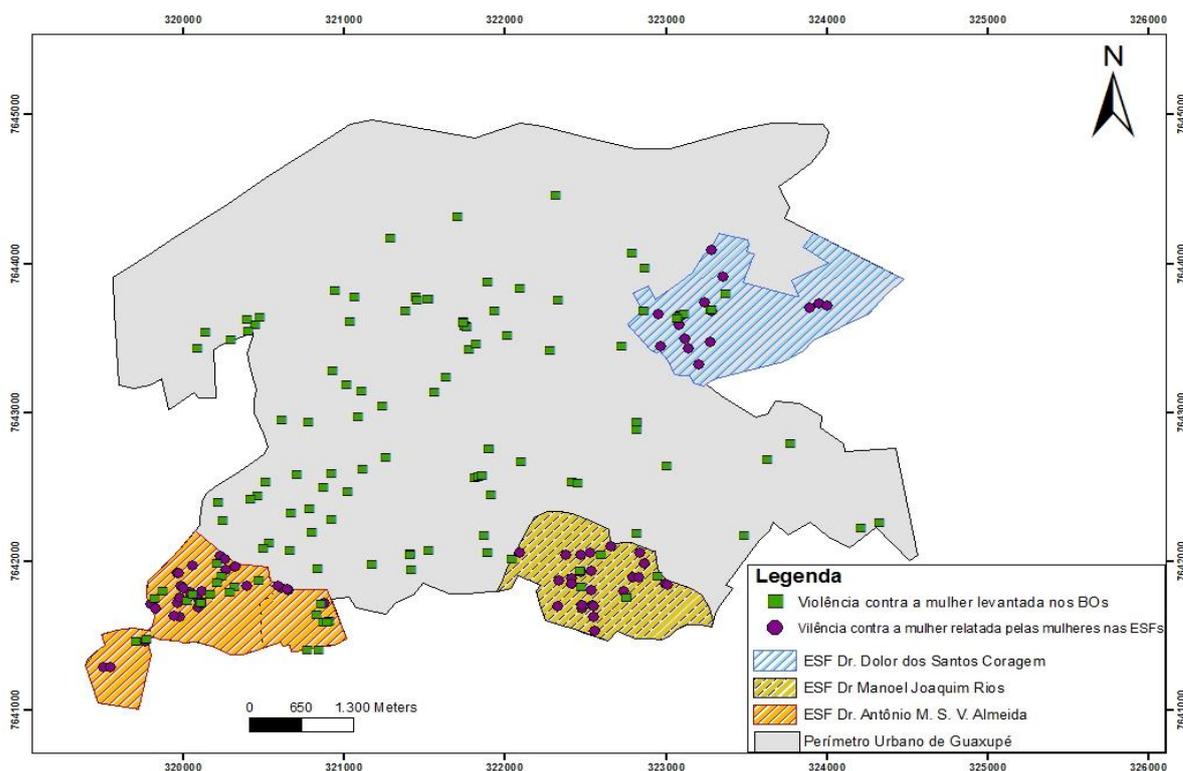


Figura 4 – Sobreposição geográfica das ocorrências de violência relatadas nas ESFs e dos locais registrados nos BOs. Guaxupé-MG. Brasil, 2012.

Verifica-se que a ESF Dr. Manoel Joaquim Rios, que teve o maior percentual de violência relatado pelas mulheres nas entrevistas é a unidade de saúde que menos denuncia o fenômeno da violência contra a mulher no município. Essa relação pode ser estabelecida devido ao fato de que a área em que se localiza esta ESF é uma região em que as pessoas possuem nível de escolaridade e de renda familiar mais elevado, ocasionando assim, a não denúncia em sistemas e instituições públicas, como a delegacia (BARSTED, 2004; MARQUES, 2005) (TABELA 12) (FIGURA 4).

Após o exposto, torna-se evidente identificar a violência contra a mulher e seus fatores de risco. Há a necessidade de intervir nas famílias onde este fenômeno ocorre, para que o ciclo de violência deixe de existir. Para tanto, é necessária uma nova postura profissional que acolhe a vítima alicerçada na reflexão sobre as relações sociais e a complexidade da violência contra as mulheres, para que possibilite a criação de estratégias locais para enfrentamento desta situação e prevenção de futuras agressões.

6 CONCLUSÃO

Ao iniciar a pesquisa não se esperava que o índice de violência nas áreas de Estratégia de Saúde da Família e no município fosse tão alto. Porém, este estudo demonstrou que a violência contra a mulher se faz presente não só nas áreas adstritas das ESFs, mas também em todo o município, o que é confirmado pelo levantamento dos BOs.

A pesquisa mostrou que os registros feitos nos BOs devem ser mais completos, visto a falta de informação em vários campos do documento. Constatou-se, pelos dados, que os profissionais envolvidos no atendimento das vítimas, de violência poderiam ser capacitados sobre a importância do preenchimento correto do boletim de ocorrência. Deste modo, não haveria perda de informações importantes que poderiam contribuir para formulação de políticas ou de programas, como, por exemplo, o dado sobre o estado do agressor e da vítima no momento da agressão.

Por serem os primeiros dados de violência contra a mulher no município, o presente estudo implica na criação de diretrizes e políticas de assistência a essa mulher e a suas famílias. Além de o município estar munido de dados e poder requerer recursos financeiros junto às instituições públicas estaduais e federais que financiam ações que visam melhorar o quadro da violência contra a mulher no município. Esses dados permitirão também realizar ações de saúde que busquem prevenir a violência contra a mulher e unir forças do sistema de saúde e da força policial para agirem no setor de prevenção.

As implicações para a prática e pesquisa em enfermagem que este estudo promoveu mostram que a mulher vítima de violência é invisível ao profissional de saúde. Os dados demonstraram que existe uma alta prevalência da violência doméstica, e que há a necessidade de implantação de ações reais para combater este fenômeno que permeia todo o município.

Ademais, infere que os profissionais de saúde devam incorporar a violência contra a mulher nas práticas assistenciais do cotidiano e à enfermagem, por ser o profissional mais próximo da vítima, pode realizar um trabalho de orientação a essas mulheres, prevenindo agravos futuros.

Visto que o maior grupo de vítimas e agressores são pessoas jovens, é importante criar grupos de discussão que reflitam sobre mecanismos de enfrentamento desse fenômeno pela sociedade.

Concluiu-se, portanto, que a violência é uma realidade no município e que há a necessidade de intervenção junto às vítimas e suas famílias, como também a criação de políticas públicas que atendam a demanda da violência contra a mulher.

As limitações encontradas no presente estudo foram a questão da pesquisa ter sido feita por amostragem e não com a totalidade da população, por falta de tempo hábil do pesquisador e pelos dados incompletos, encontrados nos registros dos BOs.

Enfim, verifica-se que a proposta de ações de enfrentamento deve ocorrer no sentido de promover o bem estar e a segurança dos envolvidos, visando assim, combater o preconceito e a discriminação do gênero feminino. A existência da violência deve ser trabalhada pelos enfermeiros em todas as unidades de saúde, onde há a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde, visto que esses mesmos profissionais não acreditavam que existisse violência em sua área adstrita - o que vem a explicar o baixo índice de fichas de notificação de violência nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-13, Jan. 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

ALBERDI, I. **Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. In Programa de Prevención de la obra social la Caixa.** Violencia: Tolerancia cero, p. 9-87. Barcelona: Fundación la Caixa, 2005.

ANDRADE, C. J. M. **As equipes de saúde da família e a violência contra a mulher: um olhar de gênero.** 2009. 139p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

BARSTED, L. L. Uma vida sem violência: o desafio das mulheres. **Observatório da cidadania 2004.** Disponível em: <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2004_bra.pdf>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei 3.689, de três de outubro de 1941.** Dispõe sobre o Código de Processo Penal brasileiro. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: <http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cpp_L3689.pdf>. Acesso em: 15 Jul. 2011.

_____. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/busca?q=Arts.+226+e+227+da+Constitui%C3%A7%C3%A3o+Federal&s=jurisprudencia>>. Acesso em: 22 Ago. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em pesquisa em seres humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), Abr., 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf> . Acesso em: 12 de Jul. de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 22 Ago. 2011.

_____. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher-AGENDE. Dez anos da adoção da Convenção de Belém do Pará. **AGENDE Informativo**, v. 5, n.7, p.4, Mai. 2004b.

_____. Lei 10.886, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre o Código de Processo Penal brasileiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 Jun. 2004c. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/97653/lei-10886-04>>. Acesso em: 30 Jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Enfrentando a Violência contra a mulher**: Orientações práticas para profissionais e voluntários. Brasília, 2005a. 64 p. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2007/enfrentando-violencia.pdf>>. Acesso em: 30 Jul 2011.

_____. Secretaria Especial de Política para as Mulheres. **Violência sexual no Brasil**: perspectivas e desafios. Brasília, 2005b. 188 p. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/publicacoes/Violencia_sexual>. Acesso em: 15 Ago. 2011. Acesso em: 12 Jul 212.

_____. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do 8º do art. 226 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 Ago. 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 30 Jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Epidemiologia e serviços de saúde. **Revista do Sistema Único de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 6-18, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública**. Brasília, 2006c. 136 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a mulher**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia->

[contra-as-mulheres/pacto/texto-base-do-pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-a-mulher](#)>. Acesso em: 01 Ago. 2011.

_____. Ministério do Trabalho e do Emprego. Secretaria de Políticas públicas de Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**: CBO, 3 ed. 2010. <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf#4>>. Acesso em 01 Ago. 2011.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jan. 2013.

CARNEIRO, A.; OLIVEIRA, S. **Violência intrafamiliar baseada em gênero com implicação de risco de vida**: Mulheres abrigadas na Casa Abrigo Maria Haydeé/Rio Mulher/Rio de Janeiro. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1031.pdf>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

CARREIRA, D.; PANDJIARJIAN, V. **Vem pra roda! Vem pra rede: guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher**. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003. 77 p. Disponível em: <<http://www.redemulher.org.br/publicacoes/vempraroda.pdf>>. Acesso em: 21 Set. 2011.

CARVALHO, C. et al. Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro Trindade, Florianópolis/SC. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 4 Out/Dez. 2010; p.603-8. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20344/13499>>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

CASIQUE C., L.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Set. 2011.

DALTOSO, D. **A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher**. 2009. 148f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações De Saúde, 2010**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>>. Acesso em: 12 de Jul. de 2011.

DE FERRANTE, F. G. **Violência contra a mulher: A Percepção dos Médicos das Unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2008. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, M. B. Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a "violência doméstica". **Cad. Pagu**, Campinas, n. 29, p. 305-337, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jan. 2013.

DEEKE, L. P. et al. A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p. 248-58, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jan. 2013.

DIAS, M. B. A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2007.

DINIZ, N. M. F. et al. Violência doméstica: assistência à mulher com lesões corporais. **Rev. Baiana Enfermagem**, v. 15, n. 1 e 2, p. 55-62, 2002.

DOSSI, A. P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jan. 2013.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 71-4, Abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jan. 2013.

FERRAZ, M. et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enfermagem**, América do Norte, Dez. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16395/10874>>. Acesso em: 30 Jul. 2011.

FONSECA, R. M. G. S. et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 974-980, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600008&lng=en>. Acesso em: 30 Jul. 2011.

FONSECA, R. M. G. S. **Mulher e Cidadania na Nova Ordem Social. Núcleo de Estudos**

da Mulher e Relações Sociais de Gênero. São Paulo: (NEMGE/USP), 1996.

GADONI-COSTA, L. M.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL'AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 2, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jan. 2013.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 88-99, Ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p. 2567-73, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-63, Nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jan. 2013.

GOMES, N. P. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 14-7, Rio de Janeiro, Jan./Mar., 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a002.pdf>>. Acesso em: 30 Jul. 2011.

GRADIM, C. V. C. **Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama.** 2005. 182f. Tese (Doutorado) – Programa Interunidades de Doutorado da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GROSSI, P. K., TAVARES, F., OLIVEIRA, S. B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**, p. 267-80; 2008. Disponível em <<http://psicologiasocial.uab.es>>. Acesso: 15 Jan. 2013.

HERMAN, L. M. **Maria da Penha, Lei com Nome de Mulher: considerações à Lei nº 11.340/2006: contra a violência doméstica e familiar, incluindo comentários artigo por artigo**, Campinas, SP: Servanda Editora, 2007.

JONES, J. S. et al. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. **J Emerg Med**, v. 36, n. 4, p. 417-44, May 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18462905>>. Acesso em: 16 Fev. 2013.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F. P.L. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Dez. 2012.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p.1-6, Out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

KRUG, E.G. et. al. World report on violence and health. **World Health Organization**, Geneva, p. 3-22, 2002.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem. **Cienc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 419-31, Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200020&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 Jan. 2013.

LEÔNICIO, K. L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 307-12. Set. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a02.pdf>>. Acesso em 23 Jan. 2013.

MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45-55, Mar. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jan. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2005. 320 p.

MARINHEIRO, A. L. V; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, Ago. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

MARQUES, T. M. **Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos**. 2005. 301f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

MASHO, S. W.; ODOR, R. K.; ADERA, T. Sexual assault in Virginia: a population-based study. **Womens Health Issues**, v. 15, n. 4, p. 157-66, Ago. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16051106>>. Acesso em: 16 Fev. 2013.

MATTOS, P. R.; RIBEIRO, I. S.; CAMARGO, V. C. Análise dos casos notificados de violência contra mulher. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 738-44, Dez. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/30383/19659>>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

MEDRONHO, R. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

MELO, Z. et al. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Rev. Psicol. Estud.**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 201-08, Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jan. 2013.

MELO, Z. M.; SILVA, D. M.; CALDAS, M. T. Violência Intrafamiliar: Crime Contra a Mulher na Área Metropolitana do Recife. **Rev. Psicol. estud.** v. 14, n. 1, p. 111-19, Mar. 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2871/287122120014.pdf>>. Acesso em: 22 Jan. 2013.

MENDES, C. H. F. **Violência contra a mulher e políticas públicas no setor saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. p.157-74.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-47.

MONTEIRO, C. F. S. et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 273-79, Ago. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Jan. 2013.

MONTEIRO, C. F. S. **Marcas no corpo e na alma de mulheres que vivenciam a violência conjugal: uma compreensão pela Enfermagem**. 2005. 150f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, Rio de Janeiro; 2005.

MOREIRA, S. N. T. et al. de. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1053-59, Dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Jan. 2011.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-33, Ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Jan. 2012.

MOURA, L. B. A. et al. Violências Contra Mulheres por Parceiro Íntimo em Área Urbana Economicamente Vulnerável. **Rev. Saúde Pública**, Brasília, v. 43, n. 6, p. 944-53, Maio 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/0509.pdf>. Acesso em: 21 Jan. 2013.

NARVAZ, M. Quem são as mães das vítimas de incesto? **Insight-Psicoterapia**, v. 132, p. 9-13, 2002. Disponível em: <http://www.msmedia.com/CEPRUA/artigos/marta5.pdf>. Acesso em: 02 Fev. 2013.

OKABE, I. **Violência conta a mulher: uma proposta de indicadores de gênero na família**. 2010. 206p. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

OLIVEIRA, A. P. G.; CAVALCANTI, V. R. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.**, São Paulo, v.17, n.1, p. 39-51, Abr. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 Jan. 2012.

OLIVEIRA, E. M. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Jan. 2013.

Organização Mundial da Saúde. **Violência contra a mulher**. Geneva: OMS, 2005.

OSHIKATA, C. T. et al . Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Abr. 2011 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jan. 2013.

OSHIKATA, C. T.; BEDONE, A. J; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 192-9, Fev. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

PASINATO, W. **Atendimento às mulheres em situação de violência em Belo Horizonte. O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência.** p. 131-67. Brasília: AGENDE, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamento de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. São Paulo: Artmed. 2011.

RABELLO, P. M.; CALDAS JÚNIOR, A. F. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 970-78., Dez. 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2013.

RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, Jun. 2006. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28300/000762900.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 Jan. 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 708 p.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472-77, Jun. 2007.

Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en>. Acesso em: 30 Jul. 2011.

SANT'ANNA, M. E. Violência doméstica. **Med. Soc.**, v. 16, p. 25-8, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-7, Ago. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, Fev. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. Rio Grande do Sul: Fundação Ford; 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, Out. 2007a.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2013.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359-67. 2007b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5820.pdf>>. [Acesso em: 15 Jan. 2013.](#)

SILVA, M. A. et al. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 264-72, Fev. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Jan. 2013.

SILVA, M. B. G. M.; TONELLI, A. L. N.; LACERDA, M. R. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. **Cogitare Enferm**, v. 8, n. 1, p. 59-64, Jun. 2003.

SOUTO, C. M. R. M.; BRAGA, V. A. B. Vivências da Vida Conjugal: Posicionamento das Mulheres. **Rev. bras. de enferm.** Brasília, v. 62, n. 5, p. 670-74, Out. 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jan. 2013.

TAQUETTE, S. R. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: **EdUERJ**, 2007, 200 p. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_mulher_adolesc_jovem.pdf>. Acesso em: 14 Jan. 2012.

TELES, M. A. A.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TRISTÃO, R. M. S.; **O boletim de Ocorrência sob o Aspecto da Dêixis de Base Espacial como Processo de Instauração e Manutenção de Referência**. 2007. 141f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Letras, UFMG, Belo Horizonte; 2007.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S., organizadores. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 248 p.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 216 p.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofrem violência sexual. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-75, Fev. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Fev. 2012.

ANEXO A - Instrumento de Coleta de Dados nos Serviços de Saúde



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Unidade de Saúde: _____ Nº: _____

1. Idade: _____

2. Religião:

- 2.1 () Católica 2.2 () Evangélica 2.3 () Espírita
 2.4 () Não praticante 2.5 () Ateia 2.6 () Outras

3. Renda familiar:

- 3.1 () Até um salário mínimo 3.2 () Dois a cinco salários mínimos
 3.3 () Seis a dez salários mínimos 3.4 () Mais de dez salários mínimos

4. Escolaridade:

- 4.1 () Analfabeta 4.2 () Ensino Fundamental Incompleto
 4.3 () Ensino Fundamental Completo 4.4 () Ensino Médio Incompleto
 4.5 () Ensino Médio Completo 4.6 () Ensino Superior Incompleto
 4.7 () Ensino Superior Completo

5. Profissão: _____

6. Estado Civil: 6.1 () Casada 6.2 () Solteira 6.3 () Viúva 6.4 () Divorciada

7. Tem filhos? 7.1 () Sim 7.2 () Não

7.3 Quantos? _____ 7.4 Todos são do parceiro atual? a) () Sim b) () Não

7.5 Se não: quantos filhos não são do parceiro atual? _____

II - ASPECTOS DE VIOLÊNCIA

8. Você já foi submetida a algumas destas situações abaixo?

- 8.1 () Ofensas e/ou humilhação 8.2 () Agressão física 8.3 () Expulsa de casa
 8.4 () Ameaça de morte 8.5 () Ameaça de surra 8.6 () Agr. Psicológica
 8.7 () Obrigada a ter relação sexual 8.8 () Ameaçada com arma
 8.9 () Dinheiro confiscado 8.10 () Nunca sofreu agressão

9. Quem foi o agressor: 9.1 () Pai 9.2 () Mãe 9.3 () Namorado

9.4 () Marido 9.5 () Ex-marido 9.6 Outros: _____

10. Como estava o agressor no momento da ação?

10.1 () Nervoso 10.2 () Alcoolizado 10.3 () Drogado 10.4 () Outros: _____

11. Com que frequência ocorreu a agressão?

- 11.1 () Diariamente 11.2 () Semanalmente 11.3 () Mensalmente
 11.4 () Eventualmente 11.5 () Não ocorre mais

12. Qual o local onde ocorreu a agressão? 12.1 () Casa 12.2 () Público

13. Você denunciou o agressor alguma vez? 13.1 () Sim 13.2 () Não

13.3 Se sim: a) () Continuou com o processo b) () Retirou a queixa

14. Convive atualmente com o agressor? 14.1 () Sim 14.2 () Não

15. Quando ocorreu, você procurou alguma ajuda? 15.1 () Sim 15.2 () Não
 De quem? _____

16. Você já sofreu algum tipo de violência? 16.1 () Sim 16.2 () Não

ANEXO B - Declaração de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado "VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER NO MUNICÍPIO DE GUAXUPÉ/MG" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 91ª. Reunião, de 02 de dezembro de 2011, protocolo N° 206/2011.

Alfenas, 05 de dezembro de 2011.


Profa. Dra. Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados na Delegacia de Polícia Civil



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



Formulário nº _____

- 1) **Município:**
 1.1 () Guaxupé 1.2 () Outro município
- 2) **Data do Registro:** __/__/____
- 3) **Hora do Fato:** ____:____
- 4) **Residência: Bairro:** _____ **Zona:** 4.1 () urbana 4.2 () Rural
- 5) **Idade:** _____ 6) **Grau da lesão:** _____
- 7) **Estado Civil:** 7.1 () casada 7.2 () solteira
 7.3 () amasiada 7.4 () divorciada
- 8) **Cor:** 8.1 () Branca 8.2 () parda 8.3 () preta
- 9) **Ocupação:** _____
- 10) **Relação Vítima/autor:** 10.1 () namorada 10.2 () cônjuge 10.3 () amasiada
 10.4 () divorciada 10.5 () Outro: _____
- 11) **Escolaridade:**
 11.1 () não alfabetizada 11.2 () ensino fundamental incompleto
 11.3 () ensino fundamental completo 11.4 () ensino médio incompleto
 11.5 () ensino médio completo 11.6 () ensino superior incompleto
 11.7 () ensino superior completo
- 12) **Sofrimento Mental:** 12.1 () sim 12.2 () não
- 13) **Sinais de Substâncias Tóxicas:** 13.1 () sim 13.2 () não

AGRESSOR

- 1) **Idade:** _____ 2) **Ocupação:** _____
- 3) **Escolaridade:**
 3.1 () não alfabetizada 3.2 () ensino fundamental incompleto
 3.3 () ensino fundamental completo 3.4 () ensino médio incompleto
 3.5 () ensino médio completo 3.6 () ensino superior **incompleto**
 3.7 () ensino superior completo
- 4) **Sofrimento Mental:** 4.1 () sim 4.2 () não
- 5) **Sinais de Substâncias Tóxicas:** 5.1 () sim 5.2 () não

APÊNDICE B- Autorização para utilização do questionário aplicado às mulheres nos Serviços de Saúde do Município de Guaxupé-MG



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



Guaxupé, 20 de Setembro de 2011.

Prezado Senhora,

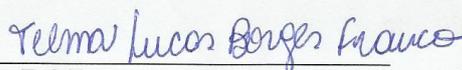
Solicitamos a V.Sa. autorização para utilizar o questionário de sua autoria para coleta de dados com mulheres usuárias dos serviços de saúde do município de Guaxupé/MG, no trabalho intitulado: **"VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE GUAXUPÉ"**, que será desenvolvido como exigência para obtenção ao título de mestre em enfermagem pela UNIFAL/MG.

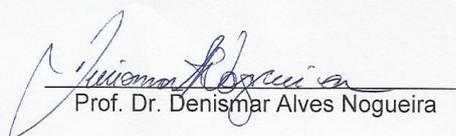
Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo, exploratório e transversal, que tem como objetivo conhecer a existência de violência sofrida pelas mulheres que frequentam os Serviços de Saúde do município de Guaxupé/MG caracterizando essa violência de acordo com os registros de Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia regional.

O presente projeto tem como orientador responsável o Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira e como aluna a enfermeira Telma Lucas Borges Franco.

Contamos com a colaboração.

Atenciosamente,


 Enf. Telma Lucas Borges Franco


 Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

A Sua Senhoria a Senhora
 Clícia Valim Côrtes Gradim

Autorizado
Cláudia Justo
23/09/2011
 Dra. Clícia Valim C. Gradim
 Enfermeira Obstetra e Sanitarista
 COREN-MG 17.261

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



Enfermeira: Telma Lucas Borges Franco
 Orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira
 Co-Orientadora: Prof. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

Estamos desenvolvendo uma pesquisa como exigência para obtenção do título de mestre em Enfermagem pela Unifal-MG intitulado “VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE GUAXUPÉ-MG”.

Esse estudo tem como objetivo conhecer a existência de violência sofrida pelas mulheres que frequentam os Serviços de Saúde do município de Guaxupé/MG caracterizando essa violência de acordo com os registros de Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia regional do município e comparando com os relatos das mulheres. Assim sendo, pretendemos aplicar uma entrevista estruturada e aberta a fim de realizarmos uma pesquisa quantitativa e avaliarmos a presença da violência doméstica no município.

Para isso convidamos você a participar deste trabalho e solicitamos seu consentimento. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária e você tem total liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer fase ou momento da pesquisa, não tendo nenhum prejuízo na assistência prestada à sua pessoa. Garantimos que será mantido o respeito, o sigilo, e o anonimato, ou seja, o seu nome ou qualquer dado que possa identificá-lo não aparecerá no trabalho. Não haverá nenhum gasto com a pesquisa, bem como não causará riscos e dano físico a você.

Tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa.

Guaxupé, _____ de 20_____.

 Entrevistado – RG

 Enf. Telma Lucas Borges Franco

 Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

 Prof. Dra. Clícia Valim Côrtes Gradim

APÊNDICE D – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Guaxupé–MG



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



Guaxupé, 20 de Setembro de 2011.

Prezada Sra.,

Solicitamos à V. Sa. autorização para coleta de dados com mulheres usuárias dos serviços de saúde do município de Guaxupé/MG. A análise dos dados obtidos será utilizada no trabalho de obtenção ao título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

O trabalho intitulado “**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE GUAXUPÉ**”, de autoria da enfermeira Telma Lucas Borges Franco, sob orientação do Professor Dr. Denismar Alves Nogueira e co-orientação da Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim tem como objetivo conhecer a existência de violência sofrida pelas mulheres que freqüentam os Serviços de Saúde do município de Guaxupé/MG caracterizando essa violência de acordo com os registros de Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia regional do município e comparando com os relatos das mulheres.

Esclarecemos que haverá um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será lido e explicado às mulheres que farão parte da pesquisa e que será resguardado o anonimato dos usuários participantes da pesquisa.

A secretaria não irá arcar com nenhum custo da pesquisa.

Contamos com a colaboração desta Instituição.

Atenciosamente,

Telma Lucas Borges Franco
 Enf. Telma Lucas Borges Franco

Denismar Alves Nogueira
 Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

Clícia Valim Côrtes Gradim
 Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim

A Sua Senhoria a Senhora
 Luciana Aparecida dos Santos
 Secretária Municipal de Saúde Guaxupé/MG.

Luciana Aparecida dos Santos
 Secretária Municipal de Saúde
 Prefeitura Municipal de Guaxupé
 Autorizado
 06/10/2011

APÊNDICE E – Autorização do Delegado da Polícia Civil de Guaxupé–MG



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 . Alfenas/MG . CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063 . reitoria@unifal-mg.edu.br



Guaxupé, 13 de Outubro de 2011.

Prezado Senhor,

Solicitamos a V.Sa. autorização para desenvolver o projeto de pesquisa **"VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE GUAXUPÉ"**, que será desenvolvido como exigência para obtenção ao título de mestres em enfermagem pela Unifal/MG.

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo, exploratório e transversal, que tem como objetivo conhecer a existência de violência sofrida pelas mulheres que frequentam os Serviços de Saúde do município de Guaxupé/MG caracterizando essa violência de acordo com os registros de Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia regional do município e comparando com os relatos das mulheres.

O cenário da coleta de dados será os Boletins de Ocorrência (BO) de violência doméstica e familiar contra a mulher sem retirar os documentos do local, preservando os nomes dos envolvidos.

O presente projeto tem como orientador responsável o Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira e como Co-orientadora a Profª Drª Clícia Valim Côrtes e como aluna a enfermeira Telma Lucas Borges Franco.

Contamos com a colaboração desta Instituição.

Atenciosamente,

Telma Lucas Borges Franco

Enf. Telma Lucas Borges Franco

Denismar Alves Nogueira

Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira

Clícia Valim Côrtes Gradim

Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim

**A Sua Senhoria o Senhor
 Ricardo Antônio Alves Ferreira
 Delegado da Polícia Civil do Município de Guaxupé/MG.**

APÊNDICE F - Associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência geral.

Tabela 13 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência geral. Guaxupé – MG, 2012. (continua)

Variáveis	Violência Geral				p^1
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Faixa etária (n=348)					
20-34 anos	43	35,0	80	65,0	0,897
35-44	39	39,0	61	61,0	
45-59	35	38,9	55	61,1	
60 ou mais	14	40,0	21	60,0	
Estado civil (n=348)					
Casada	85	35,1	157	64,9	0,418
Solteira	24	40,0	36	60,0	
Viúva	8	47,1	9	52,9	
Divorciada	14	48,3	15	51,7	
Ocupação (n=348)					
Grupo 0	0	0	0	0	
Grupo 1	0	0	0	0	
Grupo 2	3	75,0	1	25,0	
Grupo 3	1	16,7	5	83,3	
Grupo 4	1	25,0	3	75,0	
Grupo 5	11	31,4	24	68,6	
Grupo 6	10	52,6	9	47,4	0,407
Grupo 7	0	0	0	0	
Grupo 8	0	0	0	0	
Grupo 9	44	48,2	84	79,8	
Estudante	1	33,3	2	66,7	
Sem classificação	60	40,3	89	59,7	
Escolaridade (n=348)					
Analfabeto	10	62,5	6	37,5	
Fundamental incompleto	78	38,6	124	61,4	
Fundamental completo	10	32,3	21	67,7	0,233
Médio incompleto	8	34,8	15	65,2	
Médio completo	20	32,8	41	67,2	
Superior incompleto	0	0	4	100,0	
Superior completo	5	45,5	6	54,6	
Renda familiar (n=348)					
< salário mínimo	60	42,9	81	57,1	0,121
>um salário mínimo	71	34,6	136	65,4	
Religião (n=348)					
Católica	94	38,7	149	61,3	0,782
Evangélica	30	34,9	56	65,1	
Espírita	3	42,9	4	57,1	
Outras	4	33,3	8	66,7	

Tabela 13 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência geral. Guaxupé – MG, 2012. (conclusão)

Variáveis	Violência Geral				p ¹
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Filhos não parceiro (n=55)					
1-4	33	64,7	18	35,3	0,609
5-8	2	66,7	1	33,3	
9 ou mais	1	100,0	0	0	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*estatisticamente significativo (P<0,05)

APÊNDICE G - Associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência psicológica/moral.

Tabela 14 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência psicológica/moral. Guaxupé – MG, 2012.
(continua)

Variáveis	Violência Psicológica/Moral				p^1
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Unidade de saúde (n=131)					
ESF Dr. Manoel Joaquim Rios	47	95,9	2	4,1	0,866
ESF Dr. Antônio M. V. S. Almeida	43	97,7	1	2,3	
ESF Dr. Dolos S. Coragem	37	97,4	1	2,6	
Faixa etária (n=131)					
20-34 anos	42	97,7	1	2,3	0,066
35-44	38	97,4	1	2,6	
45-59	35	100	0	0	
60 ou mais	12	85,7	2	14,3	
Estado civil (n=131)					
Casada	83	97,6	2	2,4	0,377
Solteira	22	23,3	2	8,3	
Viúva	8	100,0	0	0	
Divorciada	14	100,0	0	0	
Ocupação (n=131)					
Grupo 0	0	0	0	0	0,000
Grupo 1	0	0	0	0	
Grupo 2	3	100,0	0	0	
Grupo 3	0	0	1	100,0	
Grupo 4	1	100,0	0	0	
Grupo 5	11	100	0	0	
Grupo 6	10	100	0	0	
Grupo 7	0	0	0	0	
Grupo 8	0	0	0	0	
Grupo 9	42	95,5	2	4,5	
Estudante	1	100,0	0	0	
Sem classificação	59	98,3	1	1,7	
Escolaridade (n=131)					
Analfabeto	9	90,0	1	10,0	0,750
Fundamental incompleto	76	97,4	2	2,6	
Fundamental completo	10	100,0	0	0	
Médio incompleto	8	100,0	0	0	
Médio completo	19	95,0	1	5,0	
Superior incompleto	0	0	0	0	
Superior completo	5		0	0	

Tabela 14 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência psicológica/moral. Guaxupé – MG, 2012.
(continuação)

Variáveis	Violência Psicológica/Moral				p ¹	
	Sim		Não			
	f	%	f	%		
Renda familiar (n=131)						
< salário mínimo	57	95,0	3	5,0	0,897	
>um salário mínimo	70	98,6	1	1,4		
Religião (n=131)						
Católica	92	97,9	2	2,1	0,076	
Evangélica	29	96,7	1	3,3		
Espírita	3	100,0	0	0		
Outras	3	75,0	1	25,0		
Filhos (n=131)						
Sim	115	87,7	12	12,2	0,519	
Não	4	100,0	0	0		
Número de Filhos (n=131)						
0	12	100,0	0	0	1,803	
1-4	91	95,8	4	4,2		
5-8	20	100,0	0	0		
9 ou mais	4	100,0	0	0		
Filhos do parceiro atual (n=93)						
Sim	55	96,5	2	3,5	0,846	
Não	35	97,2	1	2,8		
Filhos não parceiro (n=36)						
1-4	32	96,9	1	3,1	0,963	
5-8	2	100,0	0	0		
9 ou mais	1	100,0	0	0		
Agressores (n=131)						
Pai	11	100,0	0	0	0,105	
Mãe	3	100,0	0	0		
Namorado	4	80,0	1	20,0		
Cônjuge	44	93,6	3	6,4		
Ex-cônjuge	49	100,0	0	0		
Outros	16	100,0	0	0		
Estado dos agressores (n=131)						
Nervoso	Sim	54	98,2	1	1,7	0,485
	Não	73	96,1	3	3,9	
Alcoolizado	Sim	58	96,7	2	3,3	0,864
	Não	69	97,2	2	2,8	
Drogado	Sim	12	100	0	0	0,519
	Não	115	96,6	4	3,4	
Outros	Sim	16	94,1	1	5,9	0,467
	Não	111	97,4	3	2,6	

Tabela 14 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência psicológica/moral. Guaxupé – MG, 2012.
(conclusão)

Variáveis	Violência Psicológica/Moral				p ¹
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Denunciou o agressor (n=131)					
Sim	43	95,6	2	4,4	0,503
Não	84	97,7	2	2,3	
Manutenção da denúncia (n=131)					
Sim	20	95,2	1	4,8	0,923
Não	23	95,8	1	4,2	
Frequência das agressões (n=131)					
Diariamente	9	100,0	0	0	0,609
Semanalmente	7	100,0	0	0	
Mensalmente	6	100,0	0	0	
Eventualmente	24	92,3	2	7,7	
Não ocorre mais	81	97,6	2	2,4	
Convivência com o agressor (n=131)					
Sim	62	98,4	1	1,6	0,348
Não	65	95,6	3	4,4	
Procurou ajuda (n=131)					
Sim	52	96,3	2	3,7	0,717
Não	75	97,4	2	2,6	
Ajuda de quem (n=131)					
Polícia	19	100,0	0	0	0,477
Amigos	5	100,0	0	0	
Profissionais da Saúde	6	100,0	0	0	
Família	22	91,7	2	8,3	
Percepção da violência (n=131)					
Sim	121	97,6	3	2,4	0,076
Não	6	85,7	1	14,3	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*estatisticamente significativo (P<0,05)

APÊNDICE H - Associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência física.

Tabela 15 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência física. Guaxupé – MG, 2012. (continua)

Variáveis	Violência Física				p^1
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Faixa etária (n=131)					
20-34 anos	22	51,2	21	48,8	0,854
35-44	22	56,4	17	43,6	
45-59	19	54,3	16	45,7	
60 ou mais	9	64,3	5	35,7	
Estado civil (n=131)					
Casada	43	50,6	42	49,4	0,465
Solteira	16	66,7	8	33,3	
Viúva	4	50,0	4	50,0	
Divorciada	9	64,3	5	35,7	
Ocupação (n=131)					
Grupo 0	0	0	0	0	0,227
Grupo 1	0	0	0	0	
Grupo 2	0	0	3	100,0	
Grupo 3	1	100,0	0	0	
Grupo 4	1	100,0	0	0	
Grupo 5	8	72,7	3	27,3	
Grupo 6	7	70,0	3	30,0	
Grupo 7	0	0	0	0	
Grupo 8	0	0	0	0	
Grupo 9	21	47,7	23	52,3	
Estudante	1	100,0	0	0	
Sem classificação	33	55,0	27	45,0	
Escolaridade (n=131)					
Analfabeto	6	60,0	4	40,0	0,498
Fundamental incompleto	46	59,0	32	41,0	
Fundamental completo	4	40,0	6	60,0	
Médio incompleto	5	62,5	3	37,5	
Médio completo	10	50,0	10	50,0	
Superior incompleto	0	0	0	0	
Superior completo	1	20,0	4	80,0	
Renda familiar (n=131)					
< salário mínimo	34	56,7	26	43,3	0,718
>um salário mínimo	38	53,5	33	46,5	
Filhos (n=131)					
Sim	66	55,5	53	44,5	0,717
Não	6	50,0	6	50,0	

Tabela 15 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência física. Guaxupé – MG, 2013. (conclusão)

Variáveis	Violência Física				p ¹	
	Sim		Não			
	f	%	f	%		
Número de Filhos (n=131)						
0	6	50,0	6	50,0	0,074	
1-4	45	47,4	50	52,6		
5-8	7	35,0	13	65,0		
9 ou mais	3	75,0	1	25,0		
Filhos não parceiro (n=36)						
1-4	22	66,7	11	33,3	0,928	
5-8	2	100,0	0	0		
9 ou mais	1	100,0	0	0		
Frequência das agressões (n=131)						
Diariamente	6	66,7	3	33,3	0,087	
Semanalmente	4	57,1	3	42,9		
Mensalmente	3	50,0	3	50,0		
Eventualmente	8	30,8	18	69,2		
Não ocorre mais	51	61,4	32	38,6		
Local das agressões (n=131)						
Casa	Sim	71	56,3	55	43,7	0,109
	Não	1	20,0	4	80,0	
Público	Sim	14	70,0	6	30,0	0,167
	Não	58	53,3	53	46,7	
Manutenção da denúncia (n=45)						
Sim	19	52,8	17	47,2	0,100	
Não	2	22,2	7	77,8		
Ajuda de quem (n=54)						
Polícia	16	84,2	3	15,8	0,344	
Amigos	4	80,0	1	20,0		
Profissionais da Saúde	4	66,7	2	33,3		
Família	14	58,3	10	41,7		
Percepção da violência (n=131)						
Sim	70	56,5	54	43,5	0,149	
Não	2	28,6	5	71,4		

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*estatisticamente significativo (P<0,05)

APÊNDICE I - Associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência sexual.

Tabela 16 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência sexual. Guaxupé – MG, 2012. (continua)

Variáveis	Violência Sexual				p [†]
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Unidade de saúde (n=131)					
ESF Dr. Manoel Joaquim Rios	14	28,6	35	71,4	0,858
ESF Dr. Antônio M. V. S. Almeida	14	31,8	30	68,2	
ESF Dr. Dolos S. Coragem	10	26,3	28	73,7	
Faixa etária (n=131)					
20-34 anos	10	23,3	33	76,7	1,556
35-44	14	35,9	25	64,1	
45-59	9	25,7	26	74,3	
60 ou mais	5	35,7	9	64,3	
Estado civil (n=131)					
Casada	23	27,1	62	72,9	0,434
Solteira	8	33,3	16	66,7	
Viúva	1	12,5	7	87,5	
Divorciada	6	42,9	8	57,1	
Ocupação (n=131)					
Grupo 0	0	0	0	0	0,584
Grupo 1	0	0	0	0	
Grupo 2	0	0	3	100,0	
Grupo 3	0	0	1	100,0	
Grupo 4	0	0	1	100,0	
Grupo 5	1	9,1	10	90,9	
Grupo 6	3	30,0	7	70,0	
Grupo 7	0	0	0	0	
Grupo 8	0	0	0	0	
Grupo 9	13	29,5	31	70,5	
Estudante	0	0	1	100,0	
Sem classificação	21	17,4	39	42,6	
Escolaridade (n=131)					
Analfabeto	3	30,0	7	70,0	0,585
Fundamental incompleto	27	34,6	51	65,4	
Fundamental completo	2	20,0	8	80,0	
Médio incompleto	2	25,0	6	75,0	
Médio completo	3	15,0	17	85,0	
Superior incompleto	0	0	0	0	
Superior completo	4	80,0	1	20,0	
Renda familiar (n=131)					
< salário mínimo	14	23,3	46	76,7	0,188
>um salário mínimo	24	33,8	47	66,2	

Tabela 16 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência sexual. Guaxupé – MG, 2012.

(continuação)

Variáveis	Violência Sexual				p^1	
	Sim		Não			
	f	%	f	%		
Religião (n=131)						
Católica	26	27,7	68	72,3	0,195	
Evangélica	12	49,0	18	60,0		
Espírita	0	0	3	100,0		
Outras	0	0	4	100,0		
Filhos (n=131)						
Sim	35	29,4	84	70,6	0,195	
Não	3	25,0	9	75,0		
Número de Filhos (n=131)						
0	3	25,0	9	75,0	0,756	
1-4	29	30,5	66	69,5		
5-8	5	25,0	15	75,0		
9 ou mais	1	25,0	3	75,0		
Filhos do parceiro atual (n=94)						
Sim	15	26,3	42	73,7	0,657	
Não	11	30,6	25	69,4		
Filhos não parceiro (n=36)						
1-4	10	30,3	23	69,7	0,138	
5-8	0	0	2	100,0		
9 ou mais	1	100,0	0	0		
Estado dos agressores (n=131)						
Nervoso	Sim	12	21,8	43	78,2	0,123
	Não	26	34,2	50	65,8	
Alcoolizado	Sim	19	31,7	41	8,3	0,538
	Não	19	26,8	52	73,2	
Drogado	Sim	4	33,3	8	66,7	0,729
	Não	34	28,6	85	71,4	
Outros	Sim	8	47,1	9	52,9	0,079
	Não	30	26,3	84	73,7	
Frequência das agressões (n=131)						
Diariamente		2	22,2	7	77,8	0,456
Semanalmente		2	28,6	5	71,4	
Mensalmente		2	33,3	4	4,3	
Eventualmente		4	15,4	22	84,6	
Não ocorre mais		28	33,7	55	66,3	
Local das agressões (n=131)						
Casa	Sim	36	28,6	90	71,4	0,581
	Não	2	40,0	3	60,0	
Público	Sim	1	14,3	6	85,7	
	Não	37	29,8	87	70,2	

Tabela 16 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência sexual. Guaxupé – MG, 2012.

(conclusão)

Variáveis	Violência Sexual				p^1
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Denunciou o agressor (f=38; F=93)					
Sim	13	28,9	32	71,1	0,983
Não	25	29,1	61	70,9	
Manutenção da denúncia (f=13; F=32)					
Sim	6	28,6	15	71,4	0,965
Não	7	29,2	17	70,8	
Convivência com o agressor (f=38; F=93)					
Sim	17	27,0	46	73,0	0,623
Não	21	30,9	47	69,1	
Procurou ajuda (f=38; F=93)					
Sim	16	29,6	38	70,4	0,895
Não	22	28,6	55	71,4	
Ajuda de quem (f=17; F=37)					
Polícia	5	26,3	14	73,7	0,681
Amigos	2	40,0	3	60,0	
Profissionais da Saúde	3	50,0	3	50,0	
Família	7	29,2	17	70,8	
Percepção da violência (f=38; F=93)					
Sim	36	29,0	88	71,0	0,979
Não	2	28,6	5	71,4	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*estatisticamente significativo (P<0,05)

APÊNDICE J - Associações analisadas que não tiveram significância estatística com a violência patrimonial.

Tabela 17 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência patrimonial. Guaxupé – MG, 2012. (continua)

Variáveis	Violência Patrimonial				p ¹
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Unidade de saúde (n=131)					
ESF Dr. Manoel Joaquim Rios	9	18,4	40	81,6	0,473
ESF Dr. Antônio M. V. S. Almeida	9	20,5	35	79,5	
ESF Dr. Dolos S. Coragem	11	28,9	27	71,1	
Faixa etária (n=131)					
20-34 anos	7	16,3	36	83,7	0,105
35-44	14	35,9	25	64,1	
45-59	6	7,7	29	27,3	
60 ou mais	2	3,1	12	10,9	
Ocupação (n=131)					
Grupo 0	0	0	0	0	0,522
Grupo 1	0	0	0	0	
Grupo 2	0	0	3	100,0	
Grupo 3	0	0	1	100,0	
Grupo 4	1	100,0	0	0	
Grupo 5	2	18,2	9	81,6	
Grupo 6	1	10,0	9	90,0	
Grupo 7	0	0	0	0	
Grupo 8	0	0	0	0	
Grupo 9	11	25,0	33	75,0	
Estudante	0	0	1	100,0	
Sem classificação	14	23,3	46	76,7	
Escolaridade (n=131)					
Analfabeto	1	10,0	9	90,0	0,229
Fundamental incompleto	16	20,5	62	79,5	
Fundamental completo	5	50,0	5	50,0	
Médio incompleto	1	12,5	7	87,5	
Médio completo	4	20,0	16	80,0	
Superior incompleto	0	0	0	0	
Superior completo	2	40,0	3	60,0	
Renda familiar (n=131)					
< salário mínimo	11	18,3	49	81,7	0,335
>um salário mínimo	18	25,4	53	74,6	
Religião (n=131)					
Católica	18	19,1	76	80,9	0,104
Evangélica	9	30,0	21	70,0	
Espírita	2	66,7	1	33,3	
Outras	0	0	4	100,0	

Tabela 17- Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência patrimonial. Guaxupé – MG, 2012.
(continuação)

Variáveis	Violência Patrimonial				p ¹	
	Sim		Não			
	f	%	f	%		
Filhos (n=131)						
Sim	28	23,5	91	76,5	0,227	
Não	1	8,3	11	91,7		
Número de Filhos (n=131)						
0	1	8,3	11	91,7	0,158	
1-4	22	23,2	73	76,8		
5-8	5	25,0	15	75,0		
9 ou mais	1	25,0	3	75,0		
Filhos do parceiro atual (n=93)						
Sim	9	15,8	48	84,2	0,434	
Não	8	22,2	28	77,8		
Filhos não parceiro (n=36)						
1-4	7	21,2	26	78,8	0,653	
5-8	0	0	2	100,0		
9 ou mais	1	100,0	0	0		
Estado dos agressores (n=131)						
Nervoso	Sim	8	14,5	47	85,5	0,075
	Não	21	27,6	55	72,4	
Alcoolizado	Sim	14	23,3	46	76,7	0,762
	Não	15	21,1	56	78,9	
Drogado	Sim	6	50,0	6	50,0	0,150
	Não	23	19,3	96	80,7	
Outros	Sim	5	29,4	12	70,6	0,439
	Não	24	21,1	90	78,9	
Frequência das agressões (n=131)						
Diariamente		3	33,3	6	66,7	0,159
Semanalmente		2	28,6	5	71,4	
Mensalmente		0	0	6	100,0	
Eventualmente		2	7,7	24	92,3	
Não ocorre mais		22	26,5	61	73,5	
Local das agressões (n=131)						
Casa	Sim	29	23,0	97	77,0	0,224
	Não	0	0	5	100,0	
Público	Sim	4	20,0	16	80,0	0,742
	Não	25	23,4	82	76,6	
Denunciou o agressor (n=131)						
Sim		7	15,5	38	84,5	0,189
Não		22	25,6	64	74,4	
Manutenção da denúncia (n=45)						
Sim		5	23,8	16	76,2	0,153
Não		2	8,3	22	91,7	

Tabela 17 – Distribuição das mulheres entrevistadas, vítimas de violência, segundo as associações entre as variáveis relacionadas à violência patrimonial. Guaxupé – MG, 2012. (conclusão)

Variáveis	Violência Patrimonial				p^1
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
Convivência com o agressor (n=131)					
Sim	13	20,6	50	79,4	0,690
Não	16	23,5	52	76,5	
Procurou ajuda (n=131)					
Sim	10	18,5	44	81,5	0,403
Não	19	24,7	58	75,3	
Ajuda de quem (n=54)					
Polícia	2	10,5	17	89,5	0,491
Amigos	1	40,0	3	60,0	
Profissionais da Saúde	1	16,7	5	83,3	
Família	5	20,0	20	80,0	
Percepção da violência (n=131)					
Sim	28	22,6	96	77,4	0,607
Não	1	14,3	6	85,7	

Fonte: Dados coletados a partir da entrevista feita com as mulheres pertencentes às áreas adstritas das ESFs do município de Guaxupé – MG.

Nota: ¹ valor-p associado ao Teste Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*estatisticamente significativo ($P < 0,05$)