



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Samuel Moura Carvalho

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO ENTRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Teresina
2019**

Samuel Moura Carvalho

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO ENTRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à Banca Examinadora do
Mestrado Profissional em Saúde da Família,
da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família – Nucleadora Universidade Federal do
Piauí.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros
Mascarenhas

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do
Cuidado em Saúde

**Teresina
2019**

Samuel Moura Carvalho

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO ENTRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Banca Examinadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Nucleadora Universidade Federal do Piauí.

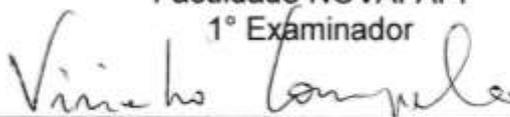
BANCA EXAMINADORA



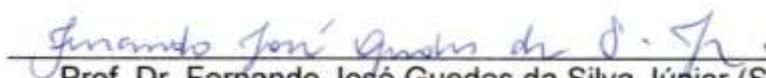
Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas (Orientador)
Universidade Federal do Piauí
Presidente da Banca



Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura (Membro externo)
Faculdade NOVAFAPI
1º Examinador



Prof. Dr. Viriato Campelo (Membro Interno)
Universidade Federal do Piauí
2º Examinador



Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior (Suplente)
Universidade Federal do Piauí
3º Examinador

Trabalho aprovado em 30 / 10 / 2019

Teresina
2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me dar saúde e sabedoria para seguir com minhas escolhas e permitir que consiga trabalhar por aquilo em que acredito.

Agradeço também,

À minha esposa, Arethusa, pelo incentivo, pela paciência e parceria em caminhar ao meu lado em mais um trabalho, sendo compreensiva e companheira nos momentos de cansaço e exaustão.

Aos meus filhos, Vinícius e Vítor, que mesmo tão pequenos já fazem parte deste importante momento de minha vida, sendo motivadores para que eu seja um exemplo para eles.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, por me dar a oportunidade de realizar este trabalho, sendo meu orientador e guia, exemplo de excelente profissional e professor, competente e sábio em suas palavras, que muito me auxiliaram nesta caminhada.

À Universidade Federal do Piauí pela oportunidade e disponibilidade de recursos.

Aos meus colegas de turma do mestrado, pelo incentivo e modelos de profissionais comprometidas com a saúde da família, em especial ao nobre colega Joaquim, pelo companheirismo durante essa jornada.

À Secretaria de Saúde de São Pedro do Piauí, pela oportunidade da qualificação e por acreditar no meu trabalho.

Aos meus pais, Alberto e Zélia, meus grandes motivadores na vida, que sempre me ensinaram a buscar e a lutar pelos meus sonhos, me mostrando a importância de sempre aprender mais. Obrigado pelo carinho, amor e respeito que sempre me deram.

Aos meus irmãos, Samara, Susany e Assis, que apesar da distância se fazem presente em minha vida, principalmente nos momentos de maior dificuldade e de alegria.

À todas as mulheres participantes do estudo pela confiança e disponibilidade.

“Quando tudo parecer dar errado em sua vida, lembre-se que o avião decola contra o vento, e não a favor dele”.

Henry Ford

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Violência por Parceiro Íntimo (VPI) é um problema de saúde pública de grande magnitude e complexidade, que causa efeitos danosos à saúde da mulher. **OBJETIVO:** Analisar a prevalência de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde e fatores associados. **MÉTODOS:** Estudo transversal analítico, realizado com 350 mulheres com idade de 18 a 49 anos, que tinham ou tiveram parceiro íntimo alguma vez na vida, abordadas durante atendimento de rotina em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de São Pedro do Piauí, Piauí. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2019, por meio de aplicação de questionário com variáveis sociodemográficas e o formulário sobre VPI (adaptação transcultural para o português do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales - CTS2*”). Os dados foram tabulados em planilha do *software* Microsoft Office Excel, mediante processo de dupla digitação e analisados no pacote estatístico Stata® versão 12. A análise da associação entre VPI com as variáveis explicativas foi feita utilizando-se o teste *Qui-quadrado de Pearson* (χ^2) ou teste exato de *Fisher*, quando apropriado. A razão de prevalência (RP) foi calculada para quantificar a magnitude das associações entre variáveis independentes e a VPI. Todas as estimativas e intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados utilizando modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Foram aceitos como estatisticamente significativos os testes com valor de $p < 0,05$. O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com as exigências das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, regidas pelas Resoluções n.º 466/2012. **RESULTADOS:** entre as 350 entrevistadas, a maioria possuía de 30 a 49 anos de idade (65,3%), autodeclaradas não-brancas (68%), casadas (64,9%), com 9 anos ou mais de escolaridade (82,9%), não trabalhavam fora de casa (54,6%) e com renda familiar mensal ≥ 1 salário mínimo (87,1%), católicas (70,3%). Foi detectado prevalência de 83,71% de VPI, 82,0% para a violência psicológica, 38,6% para a violência sexual e 30,9% para a violência física. VPI foi mais prevalente em usuárias dos serviços da zona rural (RP=1,2; IC95%: 1,1-1,3; $p < 0,001$), mulheres não brancas (RP=1,2; IC95%: 1,0-1,3; $p = 0,016$), com menor escolaridade (RP=1,1; IC95%: 1,0-1,2; $p = 0,020$) e que não trabalhavam fora de casa (RP=1,1; IC95%: 1,0-1,2; $p = 0,011$). **CONCLUSÃO:** Verificou-se alta prevalência de VPI entre usuárias da APS. Faz-se necessário capacitar os profissionais de saúde, para que possam reconhecer as situações de VPI e orientar as vítimas por meio de ações de vigilância e assistência em saúde.

Palavras-chave: Violência. Violência de gênero. Violência doméstica. Violência por parceiro íntimo. Atenção Primária à Saúde. Estudos transversais.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Intimate Partner Violence (IPV) is a public health problem of great magnitude and complexity that causes harmful effects on women's health. **OBJECTIVE:** To analyze the prevalence of IPV among users of Primary Health Care and associated factors. **METHODS:** Analytical cross-sectional study, conducted with 350 women aged 18 to 49 years old, who had or had an intimate partner at some time in their lives, approached during routine care at Primary Health Care (PHC) services of São Pedro do Piauí, Piauí. Data collection took place from May to July 2019, by applying a questionnaire with sociodemographic variables and the form on IPV (cross-cultural adaptation to Portuguese of the instrument "Revised Conflict Tactics Scales - CTS2). Data were tabulated in a Microsoft Office Excel spreadsheet using a double-typing process and analyzed using the Stata® version 12 statistical package. The analysis of the association between IPV and explanatory variables was performed using Pearson's chi-square test (χ^2) or Fisher's exact test, when appropriate. The prevalence ratio (PR) was calculated to quantify the magnitude of associations between independent variables and IPV. All estimates and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated using the robust variance Poisson regression model. Tests with p value <0.05 were accepted as statistically significant. The study was conducted in accordance with the requirements of the guidelines and standards for research involving human subjects, governed by Resolutions 466/2012. **RESULTS:** Among the 350 interviewed, most were 30-49 years old (65.3%), self-declared non-white (68%), married (64.9%), with 9 years or more of schooling (82, 9%), didn't work outside the home (54.6%) and with monthly family income ≥ 1 minimum wage (87.1%), Catholic (70.3%). Prevalence of 83.71% of IPV, 82.0% for psychological violence, 38.6% for sexual violence and 30.9% for physical violence. IPV was more prevalent in rural service users (PR = 1.2; 95% CI: 1.1-1.3; p <0.001), non-white women (PR = 1.2; 95% CI: 1.0 -1.3; p = 0.016), less educated (PR = 1.1; 95% CI: 1.0-1.2; p = 0.020) and not working outside the home (PR = 1.1; CI95 %: 1.0-1.2; p = 0.011). **CONCLUSION:** There was a high prevalence of IPV among users of PHC. It is necessary to train health professionals so that they can recognize IPV situations and guide victims through health surveillance and assistance actions.

Keywords: Violence. Gender violence. Domestic violence. Intimate partner violence. Primary Health Care. Cross-sectional studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Notificações de violência contra a mulher segundo tipo de violência por ano de notificação. Brasil, 2011-2016 24
- Figura 2** – Sobreposição dos tipos de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde. São Pedro, Piauí, 2019..... 37
- Quadro 1** – Tamanho da amostra segundo o número de atendimentos de mulheres 18-49 anos nas eSFs de São Pedro do Piauí-PI, maio-julho/2018 30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização da amostra e prevalência de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo ticas sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.....	36
Tabela 2 –	Prevalência dos tipos de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.....	37
Tabela 3 –	Caracterização da amostra e prevalência de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo ticas sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.....	39
Tabela 4 –	Caracterização da amostra e prevalência de violência sexual perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo ticas sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.....	40
Tabela 5 –	Caracterização da amostra e prevalência de violência física perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo ticas sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CTS2	Revised Conflict Tactics Scales
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IC	Intervalo de confiança
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PI	Piauí
RP	Razão de Prevalência
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINESP	Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública
SM	Salário Mínimo
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
VPI	Violência por parceiro íntimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Objeto de estudo.....	13
1.2	Hipótese.....	13
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO-CONTEXTUAL.....	15
3.1	Violência: natureza e tipologia.....	15
3.2	Impacto da VPI na saúde da mulher.....	19
3.3	Epidemiologia da VPI contra a mulher.....	22
3.4	Atendimento à mulher vítima de VPI na Atenção Primária à Saúde.....	25
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Local do estudo.....	29
4.3	População e amostra.....	29
4.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	31
4.5	Coleta de dados.....	31
4.6	Variáveis do estudo.....	32
4.6.1	Variáveis dependentes.....	32
4.6.2	Variáveis independentes.....	33
4.7	Análise dos dados.....	33
4.8	Aspectos éticos.....	34
4.9	Riscos e benefícios da pesquisa.....	34
5	RESULTADOS.....	35
6	DISCUSSÃO.....	43
7	CONCLUSÃO.....	47
	REFERÊNCIAS.....	48
	APÊNDICE A – Questionário.....	55
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
	ANEXO A – Formulário de Entrevista.....	60
	ANEXO B – Parecer Do Comitê De Ética.....	64
	ANEXO C – Autorização Institucional.....	69

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) consideram a violência como um fenômeno socio-histórico e grave problema de Saúde Pública, portanto tema de crescente interesse e repercussão associados aos agravos em saúde (BARAGATTI; AUDI; MELO, 2014; OPAS, 2002)

Para a OMS, a violência é descrita como o uso intencional da força física ou do poder, real em razão de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que ocasione ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privações (BOZZO et al., 2017; OMS, 2002).

A violência tornou-se um acontecimento social de múltiplos significados, desde as formas mais cruéis de torturas, até as mais simples praticadas contra humanos, ainda mais preocupantes quando se trata de pessoas indefesas. Pode ser diferenciada como: física, psicológica e comportamental, mas, existem dificuldades em traçar uma definição para este acontecimento, devido às várias conceituações nas diversas áreas do conhecimento, visto que essa problemática é discutida com intensidade pela psicologia, sociologia, saúde e segurança pública, dentre outras (ARAUJO et al., 2011).

De acordo com a “Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher”, de 1993, da Organização das Nações Unidas (ONU), quando a violência é exercida por homens contra a mulher, denomina-se “violência de gênero”. Uma das formas mais frequentes desse tipo de violência e aquela exercida pelo marido ou companheiro, denominada “violência por parceiro íntimo” (VPI) (DELLA TORRE et al., 2016).

A violência contra a mulher é amplamente reconhecida como grave problema de saúde pública. Para a OMS, a VPI define-se como um comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores, e essa definição vale tanto para cônjuges como para parceiros atuais ou passados (RODRIGUES-BLANES et al., 2017; WHO, 2013).

Ainda, esses episódios são considerados de alta magnitude, e demonstram caráter grave e reiterado, expressando a desigualdade nas relações de gênero, com

repercussões que afetam a saúde física, psicológica, e reprodutiva das mulheres, podem permanecer mesmo após a cessação da violência (SCHRAIBER et al., 2007a).

Oliveira et al., (2015), destacam que, em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento das mulheres encontram-se relatos de violência, todavia, durante a gestação os atos de violência podem diminuir, sendo um fator de proteção, ou intensificar sendo um fator de risco para saúde do binômio mãe-bebê. Mauri et al., (2015), corroboram relacionando a intensificação deste ato às mulheres com maior número de gestações e, ainda, que os agravos provenientes dessas agressões podem ocasionar diversas repercussões na saúde e qualidade de vida do binômio mãe-bebê, tais como: trabalho de parto prematuro, hemorragias, baixo peso ao nascer, abortamento, ruptura prematura de membranas, morte materna.

Considerada como um problema do âmbito privado e não social, a violência tem diversos fatores a ela associados, inclusive a perspectiva de que a prática da violência é um direito do homem dentro da família, reforçada pelos mitos e atitudes na sociedade, sendo o silêncio e a invisibilidade também considerados como uma questão de gênero (SILVA; COELHO; MORETTI-PIRES, 2014).

Cortes et al., (2015), destacam que na maioria das vezes os serviços de saúde são os primeiros locais procurados por mulheres vítimas de violência. Entretanto, fatores como a insensibilidade, falta de capacitação dos profissionais de saúde, tendência à medicalização dos casos e a pouca articulação entre os diferentes setores da sociedade, tornam o problema ainda mais complexo e de difícil abordagem. Bozzo et al., (2017), considera que apesar do crescimento do número de publicações em saúde, esse tema é pouco reconhecido nos serviços de saúde, que o torna um fenômeno praticamente invisível. Muitas mulheres procuram esses serviços com queixas variadas e são diagnosticadas como polissintomáticas, hipocondríacas entre outras denominações pejorativas. A história de vida e o sofrimento decorrente da violência são muitas vezes descaracterizados e/ou desconsiderados.

Outra preocupação expressa pelas políticas públicas em relação à violência contra as mulheres é a falta de registro dos casos por parte dos serviços de saúde, o que poderia auxiliar o planejamento e a execução de medidas para prevenir as ocorrências de violência, assim como para agilizar o atendimento às vítimas (SOUSA et al., 2015).

No sentido de reduzir a invisibilidade desse problema, suprir essa falta e permitir traçar estratégias de prevenção, o MS tem proposto medidas para

disponibilizar atendimento efetivo, integral e processual às mulheres em situações de violência a partir da Atenção Primária à Saúde – porta de entrada no sistema público de saúde, que inclui as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2011, uma portaria do MS incluiu as violências doméstica, sexual e/ou outras como parte da Lista de Notificação Compulsória (BRASIL, 2011).

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

Considerando a atuação deste pesquisador em serviços de Atenção Primária em município do interior do Piauí, decidiu-se, pela primeira vez, abordar o tema propondo a mensuração de sua ocorrência. Nesse contexto, surgiu o questionamento: Qual a prevalência da VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde no município de São Pedro do Piauí?

Portanto, o estudo justifica-se por propor um olhar mais específico sobre a VPI e identificar seus fatores associados para poder reconhecer a magnitude desse agravo e propor medidas de prevenção e de assistência às vítimas, contribuindo, assim, com a melhoria da qualidade de vida da população.

1.1 Objeto de estudo

Prevalência da VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde.

1.2 Hipótese

Existe elevada prevalência de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde no município de São Pedro do Piauí.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a prevalência e fatores associados de VPI entre usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí, Piauí.

2.2 Específicos

- Descrever os aspectos sociodemográficos das participantes do estudo;
- Estimar a prevalência de VPI no município de São Pedro do Piauí-PI;
- Caracterizar a VPI segundo tipo, entre usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí-PI;
- Identificar fatores associados à VPI entre usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí-PI.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONTEXTUAL

3.1 Violência: natureza e tipologia

A violência é considerada um problema em todo o mundo pela OMS, por isso um tema relevante para a atenção à saúde, de proporções epidêmicas. Também, é um problema social e de saúde pública que repercute na qualidade de vida da população, independente de raça, idade, educação ou condições sociais (SILVA; COELHO; MORETTI-PIRES, 2014).

A violência pode ser dividida em três tipos: autodirigida, interpessoal e coletiva. A autodirigida inclui comportamentos suicidas e autoabuso. A violência interpessoal é subdividida em violência familiar e violência comunitária. O primeiro grupo inclui formas de violência como abuso infantil, violência por parceiro íntimo e abuso de idosos. O último inclui violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou agressão sexual por estranhos e violência em ambientes institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e casas de repouso. A violência coletiva é o uso instrumental da violência a fim de alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais. A tipologia também captura a natureza da violência, que podem ser físicos, sexuais ou psicológicos, envolver privação ou negligência. A tipologia também considera a relevância do cenário, a relação entre o agressor e a vítima e, no caso da violência coletiva, os possíveis motivos para a violência (KANGUSSO, 2018).

Pierotti et al. (2018) destacam que a violência contra as mulheres não é considerada uma patologia, que tem influência sobre a saúde, porém mesmo não sendo problema específico de saúde, traz impactos diretos sobre ela por meio de lesões, traumas, danos emocionais, representando grave problema de saúde pública.

Essa importante visibilidade e repercussão da violência devem-se principalmente a movimentos sociais feministas, que sensibilizou o Estado a elaborar estratégias para julgar, reduzir a violência praticada e dar proteção à mulher em situação de violência (MELLO, 2015).

A psicóloga americana Lenore Walker, a partir de um estudo em que ouviu 1500 mulheres em situação de violência doméstica, observou a presença de um ciclo de espancamento padrão, o Ciclo da Violência, cujo conceito é composto basicamente por três partes: 1) “Construção de tensão no relacionamento”: podem ocorrer incidentes menores (agressões verbais, por exemplo). A mulher costuma se sentir

responsável pelos atos do companheiro e geralmente age tentando acalmar seu agressor. 2) “Fase de explosão”: é quando ocorrem as agressões agudas. A relação se torna inadiministrável e tudo se transforma em descontrole e destruição. 3) “Lua de mel” - quando ocorre o autoengano. O agressor é observado como um ser amoroso e generoso, demonstrando-se com remorso pelo seu ato de violência, levando a companheira a perdoá-lo (WALKER, 2009).

O comportamento calmo e amoroso, contudo, dá lugar a novos pequenos incidentes de agressão, reiniciando-se a fase de acumulação de tensão e o ciclo de violência. Com o passar do tempo, as fases tornam a se repetir e, mais do que isso, a cada retomada do ciclo a fase da explosão se torna mais violenta, podendo chegar ao assassinato da mulher pelo agressor. Outros desfechos trágicos são possíveis, como a mulher em situação de violência cometer suicídio, ou mesmo assassinar seu agressor (WALKER, 2009).

A violência contra as mulheres é definida como qualquer ação ou omissão fundamentada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher. Esse agravo ocorre frequentemente em diversas culturas e cenários, reproduz as relações de poder entre os homens e as mulheres na sociedade, e representa uma das principais formas de violação dos direitos humanos (HOLANDA et al., 2018).

Gomes e Erdmann (2014), colocam que as mulheres que vivenciam a violência apresentam mais problemas de saúde, que vão desde lesões físicas até aquelas relacionadas aos aspectos psicoemocionais, além do impacto sobre a economia com os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) e custos sobre os processos de cunho jurídico-policial e licenças médicas, devido à diminuição da produtividade das mulheres no trabalho.

Segundo Rosa et al., (2013), as pesquisas tem como objeto apenas a violência física, geralmente mensurada por atos concretos, como tapas, socos e empurrões, negligenciado a violência sexual. Os dados disponíveis são insuficientes e fragmentados. As vítimas muitas vezes não buscam ajuda, seja por vergonha, dificuldade de acesso ou por não quererem se expor, o que faz com que as intervenções se tornem mais restritas.

A violência contra a mulher não se limita a violência física, pois são consideradas também violência psicológica, sexual, patrimonial e moral, que por sua vez, são entendidas como:

- **Violência física**

Entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal. Ocorre quando uma pessoa, que está com poder em relação à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio de força física ou de algum tipo de arma que pode provocar lesões externas, internas ou ambas. Pode ser de várias formas: tapas; empurrões; socos; mordidas; chutes; queimaduras; cortes; estrangulamento; lesões por armas ou objetos; obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos; tirar de casa à força; amarrar; arrastar; arrancar a roupa; abandonar em lugares desconhecidos; danos à integridade corporal decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros) (BRASIL, 2002; 2006).

- **Violência psicológica**

Entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocionais 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 (BRASIL, 2006). E podem ser através de: insultos constantes; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento de amigos e familiares; ridicularização; rechaço; manipulação afetiva; exploração; negligência (atos de omissão a cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros); ameaças; privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.); confinamento doméstico; críticas pelo desempenho sexual; omissão de carinho; negar atenção e supervisão (BRASIL, 2002).

- **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, 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, que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno, manipulação; que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006). A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. E inclui: carícias não desejadas; penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada; exposição obrigatória a material pornográfico; exibicionismo e masturbação forçados; uso de linguagem erotizada, em situação inadequada; impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo; ser forçado (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal (BRASIL, 2002).

- **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 (BRASIL, 2006). Dentre eles: roubo; destruição de bens pessoais (roupas, objetos, documentos, animais de estimação e outros) ou de bens da sociedade conjugal (residência, móveis e utensílios domésticos, terras e outros); recusa de pagar a pensão alimentícia ou de participar nos gastos básicos para a sobrevivência do núcleo familiar; uso dos recursos econômicos de pessoa idosa, tutelada ou incapaz, destituindo-a de gerir; seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados (BRASIL, 2002).

- **Violência moral**

Entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. O MS não traz nenhuma referência à violência moral (BRASIL, 2002; 2006). A agressão moral é um desrespeito à dignidade da mulher imputando-lhe conduta reprovável socialmente, levando à depreciação e negação da identidade da vítima (D'OLIVEIRA, 2009).

3.2 Impacto da VPI na saúde da mulher

A VPI, considerada um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, continua sendo um tabu para as mulheres e muitas vezes também para os prestadores de serviços de saúde, por ser um caso íntimo e doloroso que deve ser resolvido na esfera doméstica. Essa postura indica que os serviços de saúde estão se afastando da responsabilidade de enfrentar a problemática e as mulheres se apresentam ainda mais vulneráveis diante da fragilidade demonstrada por esses serviços (MARQUES et al., 2017).

A dependência financeira e emocional como motivação/justificativa de algumas mulheres permanecerem em situação de violência está sustentada em questões constitutivas das relações de gênero que trazem para a mulher a responsabilidade de manutenção do casamento, e reforçada pela perspectiva de constituição familiar por meio da gestação e criação dos filhos ao lado da figura paterna (MARQUES et al., 2017).

A maioria dos atos violentos contra a mulher ocorre no ambiente doméstico e a vítima geralmente conhece o agressor. Violências baseadas em gênero compreendem agressões de caráter físico, psicológico, sexual e patrimonial e podem culminar na morte da mulher por suicídio ou por homicídio (MENEGHELI; HIRAKATA, 2011).

O Brasil passou por uma mudança legal no enfrentamento à violência contra a mulher com a aprovação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006). Esta Lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (ROSA et al., 2013).

Ademais, desde dezembro de 2018 o Brasil possui um Plano Nacional de Segurança Pública e Defesa Social, aprovado pelo Conselho Nacional de Segurança Pública e Defesa Social, instituído pelo Decreto 9.630/2018 e válido por dez anos. O Plano estabelece que o Ministério da Justiça e da Segurança Pública deve dispor de recursos financeiros, além daqueles previstos no orçamento da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, para induzir a implementação de políticas e estratégias para reduzir todas as formas de violência contra a mulher (CERQUEIRA et al., 2019).

Apesar disso, o potencial aumento do número de mulheres que sofreram violência, o aumento do percentual de mulheres que nada fez após a última agressão,

bem como o alto percentual de entrevistadas que declararam que a Lei Maria da Penha não protege ou protege apenas em parte as mulheres, provavelmente, têm relação tanto com o marco legislativo quanto com o desenho ou execução das políticas públicas implantadas com vistas a enfrentar a violência contra mulheres (DATASENADO, 2017).

Outrossim, as mulheres em situação de violência, muitas vezes, deixam de denunciar a agressão por dependerem economicamente do autor da violência. Por medo de não conseguirem sustentar a si e a seus filhos. Ou ainda, nos casos em que não há dependência econômica, por vergonha da reação da família, dos amigos e da sociedade em geral. Outro ponto que chama a atenção é a questão de a vítima não desejar que o autor de violência passe a sofrer violência perpetrada pelo Estado (DATASENADO, 2017).

Schwantes et al. (2011) já descreviam essa realidade comumente, diante de indícios de violência vista da seguinte forma: a mulher não fala e os profissionais não perguntam, denunciando a dificuldade da comunicação, o silêncio e a invisibilidade do problema como consequências de sentimentos de medo, vergonha, preconceito, ou, descrédito de ambas as partes.

Essa violência se torna mais invisível ainda quando se trata de violência sexual, constituindo um fenômeno considerado mundialmente como uma das principais formas de violação dos direitos humanos e que requer investimentos permanentes nas ações de saúde e na rede para o enfrentamento e consolidação da cidadania feminina (COSTA, 2016).

Franzoi, Fonseca e Guedes (2011), evidenciam o fato de as mulheres vivenciarem anos em situações de violência afeta consideravelmente sua autoestima e confiança, diminui sua capacidade de reagir e de participar plenamente na sociedade. Além disso, em geral, elas não buscam apoio para a solução do problema porque acham que suas demandas não serão acreditadas e sentem que não têm opções frente à pouca possibilidade de mudança, o que torna difícil qualquer iniciativa para enfrentar a violência.

As mulheres têm medo de denunciar a violência porque se preocupam com sua subsistência e de seus filhos, pois além da dependência do parceiro, também não possuem subsídios para buscar ajuda na sua rede social primária ou secundária. Nas redes primárias, os vínculos estabelecidos são caracterizados pelas relações de parentesco, família, amizade e vizinhança, e estão fundados sobre a reciprocidade e

a confiança. As redes secundárias são instituições formais ou informais, de terceiro setor, de mercado ou mistas, onde há relações de reciprocidade, direito ou dinheiro (NETTO et al., 2017).

Muitas mulheres permanecem isoladas e desamparadas, sendo necessário um episódio agudo de violência física para que possam recorrer às instituições especializadas ou, até mesmo, abrigarem-se na casa de algum parente ou amigo. Toda violência, em especial, a psicológica, compromete a saúde mental da mulher, de forma a acarretar distúrbios na sua habilidade de se comunicar e reconhecer seus recursos para o cumprimento de tarefas em sua vida (NETTO et al., 2017).

O fato das mulheres se isolarem ou permanecerem dependentes dos parceiros agressores depende muito dos fatores do meio social e, principalmente, das pessoas com quem se relaciona, em nível de rede social. Esses elementos da sua rede podem ser indiferentes, apáticos ou insensíveis diante da vulnerabilidade da mulher, ou podem fortalecer os seus laços, promovendo a ajuda em suas demandas sociais e, especificamente, emocionais, materiais, em serviços ou informações (NETTO et al., 2017).

Os estudos de gênero têm procurado ampliar o conhecimento sobre as várias formas do convívio entre homens e mulheres e mostrar as diversas condições da vida das mulheres que resultam das desigualdades de poder, causando assim um cenário grave associado à violência (DUARTE et al., 2015).

Estudo realizado por Barros et al. (2016) ressalta que a violência por parceiro íntimo enquanto problema de saúde pública não tem reduzido e, apesar de estar presente diariamente na rotina dos serviços de saúde, o desconhecimento dos profissionais do setor sobre esse problema e seu enfrentamento contribui para a subnotificação. Os autores ainda consideram que as informações sobre prevenção e enfrentamento da violência por parceiro íntimo são limitadas, fazendo com que as ações preventivas e cuidado necessitem de maior integração dos setores envolvidos.

3.3 Epidemiologia da VPI contra a mulher

De acordo com informações da OMS (2013), a prevalência global de violência física e/ ou sexual por parceiro íntimo foi de 30,0%, sendo que a prevalência foi mais alta nas regiões da África, do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste Asiático, onde aproximadamente 37,0% das mulheres relataram ter sofrido violência física e/ ou sexual por parceiro íntimo em algum momento de suas vidas. Em relação às mulheres de média e baixa renda das Américas relataram maior prevalência, aproximadamente 30,0%; a prevalência foi menor na região de alta renda no mundo com 23,0% e nas regiões de média e baixa renda da Europa e do Pacífico Ocidental, com 25,0% de relato de mulheres com experiência de violência pelo parceiro íntimo.

Rodrigues-Blanes et al. (2017), em seu estudo, também destacam que 35,0% das mulheres do mundo experimentaram violência física ou sexual em algum momento da sua vida, e 20,0-25,0% de mulheres na Europa experimentaram VPI. Globalmente representa 13,5% das causas de homicídio (pelo menos uma de cada sete casos e mais de um terço dos homicídios de mulheres).

Segundo Cerqueira et al. (2019), no Brasil dispomos de diferentes fontes de dados para subsidiar a análise de como a violência se apresenta, as quais podemos destacar: os homicídios de mulheres registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do MS; os relatos de violência registrados por intermédio do Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres; os registros de agravos de violência interpessoal contra mulheres registrados por centros de saúde constantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, do MS; os registros de ocorrências policiais relativos a atos violentos perpetrados contra mulheres informados pelas Secretarias de Segurança Pública dos estados por intermédio do SINESP - Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, do Ministério da Justiça; e os registros realizados pelos tribunais de justiça estaduais referentes a processos criminais sobre violência doméstica e familiar contra mulheres.

Em 2016, o Brasil alcançou a marca histórica de 62.517 homicídios, segundo informações do MS. Isso equivale a uma taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, que corresponde a 30 vezes a taxa da Europa. Apenas nos últimos dez anos, 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência intencional no Brasil. Destes, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras, a quinta maior do mundo, conforme

dados da OMS que avaliou um grupo de 83 países. Em dez anos, observa-se um aumento de 6,4%. A mulher que se torna uma vítima fatal muitas vezes já foi vítima de uma série de outras violências de gênero, por exemplo: violência psicológica, patrimonial, física ou sexual (CERQUEIRA et al., 2019).

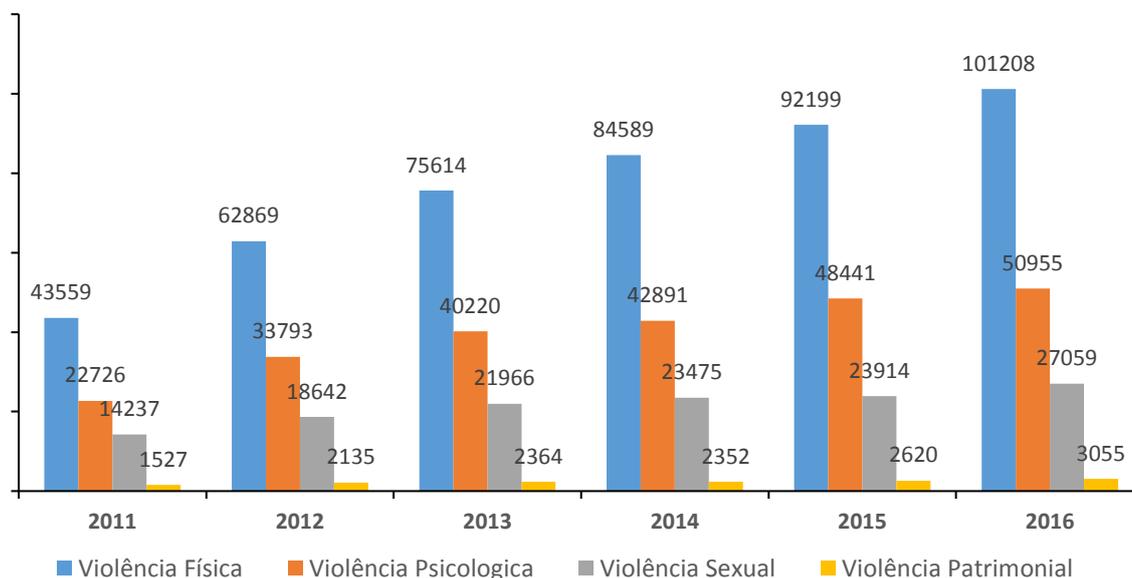
No que diz respeito aos relatos de violência registrados pelo Ligue 180, serviço oferecido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR), de acordo com o Balanço 2015 – Ligue 1804, foram realizados 749.024 atendimentos em 2015, em comparação a 485.105 atendimentos realizados em 2014. Dentre os atendimentos realizados em 2015, cerca de 10,0% (76.651) se referiram a relatos de violência contra as mulheres. Destes relatos de violência, 50,2% corresponderam a violência física; 30,3%, a violência psicológica; 7,3%, a violência moral; 2,1%, a violência patrimonial; 4,5%, a violência sexual; 5,2%, a cárcere privado; e 0,5%, a tráfico de pessoas (DATASENADO, 2018).

Os registros dos relatos de violência realizados pelo Ligue 180 constituem uma rica fonte de informações acerca da violência sofrida por mulheres, permitindo diagnósticos importantes para o melhor desenho e avaliação da adequabilidade de políticas públicas destinadas ao seu enfrentamento. Isso porque, além de trazer informações acerca do tipo de violência sofrida, são coletadas informações relativas à frequência da violência, relação entre agressor e vítima, tempo de ocorrência da violência, dentre outras (DATASENADO, 2018).

Os casos de violência contra mulheres constam da lista de notificação compulsória do SINAN/MS, a partir da publicação da Portaria MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (SOUSA et al, 2015; DATASENADO, 2018). Entretanto, os autores destacam a dificuldade de se obter informações da mulher (“fragilizada”; “vulnerável”; “às vezes a mulher não fala que sofreu esse tipo de violência”; “receio”; “medo”; “vergonha”). Isto ocorre pelo fato de não existir um local ou sala nos serviços de saúde, em que a mulher e o profissional do serviço possam conversar reservadamente (SOUSA et al, 2015).

A partir de uma busca no SINAN/MS pode-se verificar que o número de registros de agravos relativos à violência interpessoal praticada contra mulheres tem crescido ano a ano (Figura 2). Contudo, o DATASENADO (2018) corrobora destacando que é preciso analisar esse dado com cuidado, pois, mais do que um indicativo de aumento da violência, tal constatação mais provavelmente reflete uma redução paulatina da prática histórica de subnotificação dos registros.

Figura 1 - Notificações de violência contra a mulher segundo tipo de violência por ano de notificação. Brasil, 2011-2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Acesso em 20/09/2019.

Em pesquisa realizada em 19 centros de saúde da atenção básica na Grande São Paulo encontrou 76,0% de prevalência de violência doméstica, com ênfase a violência psicológica e praticada por parceiro íntimo (SCHRAIBER et al., 2007b). Outro estudo realizado com uma amostra menor demonstrou prevalência de 45,3% de violência doméstica, predominando também a violência do tipo psicológica (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006). Em um serviço público de saúde do nordeste brasileiro a prevalência da violência contra as mulheres foi de 27,5%, mais frequentemente cometida por parceiro íntimo (SILVA et al., 2013).

Em 2017, a pesquisa Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), revelou que 29,0% das mulheres sofreram violência ou agressão e 40,0% sofreram assédio, dados que se traduzem na ocorrência de 503 agressões por hora, 5,2 milhões de assédios em transporte público e 2,2 milhões de mulheres agarradas ou beijadas sem consentimento (CERQUEIRA et al., 2019).

Após 2 anos, o novo levantamento realizado pelo FBSP revela que os índices de violência permanecem inalterados. Para cada 10 mulheres, quase 3 ainda sofrem violência. Considerada a margem de erro, ficaram mantidos os índices de ofensa verbal (21,8%), ameaça (9,5%), amedrontamento/perseguição (9,1%), batida,

empurrão ou chute (9,0%), ofensa sexual (8,9%), ameaça com faca ou arma (3,9%), lesão por objeto (3,9%), espancamento/estrangulamento (3,6%), tiro (0,9%) e esfaqueamento (0,8%).

A permanência destes elevados índices revela que as leis, por si só, não têm o poder de transformar a realidade. Leis são importantes instrumentos para prevenção, conscientização e repressão, mas devem ser implementadas para que tenham efetividade.

3.4 Atendimento à mulher vítima de VPI na Atenção Primária à Saúde

As implicações que a violência acarreta para a saúde-doença das mulheres requer o preparo dos trabalhadores de saúde para atuarem de forma sensível e eficaz com as mulheres que buscam os seus cuidados. Por conseguinte, o enfrentamento da violência não deve ser centralizado no tratamento de suas consequências, mas na sua prevenção primária, que de acordo com o novo modelo de atenção, tendo como centro a família, coloca esses trabalhadores de saúde em posições estratégicas, que permitem o desenvolvimento de mecanismos que possibilitam a conscientização e o empoderamento das mulheres, para desconstruir as desigualdades estabelecidas e reconstruir relações equitativas de gênero (RODRIGUES et al., 2014).

A primeira aproximação do campo da saúde com a violência contra a mulher no Brasil foi a implantação, entre 1989 e 1990, de um primeiro serviço de saúde que realizava o aborto em situações previstas na Constituição Brasileira. Posteriormente, muitos desses serviços foram criados pelo Brasil e, em 2002, havia 245 serviços de saúde capacitados a atender mulheres vítimas de violência sexual e 39 hospitais oferecendo a realização do aborto legal (D'OLIVEIRA, 2009).

O SUS, em especial as UBS, é amplamente utilizado na assistência a mulheres em todas as fases de vida. Estudos realizados em UBS nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste do Brasil descreveram prevalências similares de VPI psicológica e física, em geral, com taxas maiores nas regiões Norte e Nordeste (MATHIAS et al., 2013).

Em seu estudo, Puccia e Mamede (2012) insere a VPI no campo da violência de gênero e afirmam que esta representa uma questão de vida íntima, de difícil abordagem pelo modelo clássico da clínica, baseado na queixa-conduta. Para estas autoras, os profissionais da saúde, de uma maneira geral, não estão preparados para

inquirir as mulheres sobre temáticas sensíveis e que em tese, se enquadrem no campo psicossocial.

Osis, Duarte e Faúndes (2012), ainda completam que, mesmo em países desenvolvidos, poucos profissionais perguntam rotineiramente sobre violência, alegando falta de tempo; constrangimento em abordar o tema com mulheres que não aparentam ter problemas com violência; medo de que lhes revelem situações com as quais não saberiam e não teriam recursos para lidar; falta de treinamento; falta de suporte nos serviços de saúde e na comunidade para auxiliar as mulheres; desconhecimento de medidas cientificamente aprovadas para lidar com situações de violência.

Para o enfrentamento da violência contra a mulher, além de dar visibilidade aos crimes, é fundamental a manutenção, a ampliação e o aprimoramento das redes de apoio à mulher, previstos na Lei Maria da Penha, que viabilizam o atendimento e as alternativas de vidas para as mulheres. A rede de atendimento deve garantir o acompanhamento às vítimas e empenhar um papel importante na prevenção da violência contra a mulher. Além de ser assistida pelo sistema de justiça criminal, a mulher deve conseguir ter acesso à rede também por meio do sistema de saúde, já que em muitos casos as mulheres passam várias vezes por esse sistema antes de chegarem a uma delegacia ou a um juizado (CERQUEIRA et al., 2019).

Segundo Costa (2016), a ESF apresenta-se como um terreno fértil em possibilidades de ampliação do recorte de seu objeto de trabalho no sentido de reconhecer a violência como problema cuja prevenção e enfrentamento são inerentes ao setor, uma vez que esta é uma realidade na vida das usuárias e que tem intrínseca relação com seu processo saúde-doença-foco de todo agir em saúde.

Apesar disso, os serviços de saúde, não costumam ser procurados por mulheres que vivenciam situações de violência como possíveis fontes de ajuda, a despeito dos sérios danos físicos e psicológicos que experimentam. Muitas mulheres que se consultam em UBS e nos setores de emergência de hospitais vivenciam ou vivenciaram situações de violência, mas isso não é frequentemente investigado e escapa ao conhecimento dos que ali atuam. Assim, perde-se a oportunidade de intervir sobre essas situações e de desenvolver ações preventivas (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Resultado semelhante foi observado no Estudo da OMS (2002), em que nos países de Terceiro Mundo, mulheres em situação de violência e deprimidas costumam

ser medicadas e frequentemente são tratadas com sintomáticos como analgésicos, polivitamínicos e medicamentos para insônia.

Isso demonstra as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para abordar essa situação com mulheres que procuram atendimento na rede básica de saúde por outras queixas e silenciam a respeito da violência sofrida, origem desse sofrimento. Esse silêncio está relacionado à dor, vergonha e medo envolvidos em tais situações, e remete a questões de gênero que cooperam para a invisibilidade da violência e do pedido de socorro das mulheres. Também sugere o não reconhecimento do serviço de saúde como um local para busca e obtenção de ajuda (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Os profissionais da APS têm, em suma, um papel fundamental na detecção como na abordagem e a atenção deste tipo de situações de abuso (RODRIGUES-BLANES et al., 2017). Mas, embora os profissionais percebam a magnitude do problema, a possibilidade e a necessidade de atuarem a partir da atenção básica para prover atendimento adequado às mulheres em situações de violência, eles não dispõem dos recursos necessários, tais como: inexistência de protocolos específicos, que significa não haver parâmetros técnicos e científicos, o que contribui para que os profissionais não se considerem responsabilizados por atuar com essas mulheres como parte do exercício de suas funções e que qualquer ação nesse sentido, seria vista como iniciativa pessoal (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Existe um consenso geral sobre algumas ações que podem ser tomadas realizados a partir dos serviços de saúde em relação a VPI, coletados nas diretrizes da OMS: estar alerta para detectar possíveis sinais e sintomas, fornecer cuidados de saúde, documentar as provas, informar recursos existentes, coordenar com outros profissionais e instituições para encaminhamento, apoio e acompanhamento de casos (RODRIGUES-BLANES et al., 2017).

Nesse contexto, nas equipes de saúde da família (eSF) todos os profissionais devem priorizar ações para grupos de risco, acolher a demanda espontânea, avaliar a necessidade de saúde, analisar vulnerabilidade, atentos a integralidade do sujeito. As ações podem ser realizadas fora das UBS, por meio de educação permanente, como domicílios, espaços comunitários, escolas, creches, entre outros (PATZER, 2014).

Schwantes et al. (2011), na busca dos motivos pelos quais os profissionais de saúde na Atenção Primária não visualizam a violência doméstica, ressaltou que um

olhar mais atento à questão da violência é capaz de fornecer subsídios para intervenções dos processos de trabalho, visando à promoção do cuidado as vítimas de violência doméstica.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Para Cervo, Bervian e Silva (2007), a pesquisa descritiva ocorre quando se registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos no mesmo momento, sem manipulá-los. Segundo Barros e Lehfeld (2000) por meio de pesquisas descritivas, procura-se descobrir com que frequência um fenômeno ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações e conexões com outros fenômenos.

Estudos transversais permitem a observação de causa e efeito dos fenômenos no mesmo momento (simultânea), produzindo indicadores da situação de saúde ou de determinados fenômenos ocorridos na população, realizados a partir de amostras que possam representar uma totalidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas UBS do município de São Pedro do Piauí, cidade localizada na região do Território Entre Rios, no estado do Piauí. A população do município foi estimada em 14.056 habitantes para o ano de 2017, sendo que, destes, 49,9% são mulheres, em sua maioria de religião católica (IBGE, 2017). Trata-se de município com população predominantemente rural, com grandes possibilidades no setor da agricultura e pecuária. Possui uma boa infraestrutura de estradas e transportes, educação (taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 98,4%) e assistência médica (100% cobertura na Estratégia Saúde da Família). Possui 07 UBS, com 01 equipe de Saúde da Família (eSF) em cada, sendo 04 na zona urbana e 03 na zona rural, um Hospital Geral, além de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), todos vinculados ao SUS.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres de 18 a 49 anos, que procuraram atendimento nas UBS do município de São Pedro do Piauí. A amostra foi probabilística, estratificada, proporcional ao número médio de atendimentos de cada UBS nos meses de maio, junho e julho de 2018 nas UBS do município (Quadro 1).

A seleção da amostra foi feita de forma aleatória simples (sorteio), na qual as participantes foram abordadas nos dias de atendimento na UBS. O cálculo amostral

foi baseado no tamanho da população de 3.433 mulheres de 18 a 49 anos (IBGE, 2010) e na prevalência de 65,0% de VPI geral, encontrada no estudo de Lima (2016), realizado com 369 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, nas UBS de cinco municípios do Piauí (Teresina, Parnaíba, Floriano, Picos e Bom Jesus), foi levando em consideração erro de 5%, e adicional de 10% para considerar as perdas. Para o cálculo amostral, aplicou-se a fórmula para populações finitas (MIOT, 2011), apresentada a seguir:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n: amostra calculada; Z: variável normal padronizada associada ao nível de confiança; p: verdadeira probabilidade do evento; q: 1 – p; E: erro amostral; Z: 1,96 associada a 95% de confiança; p: 65,0% de VPI (LIMA, 2016); E: 5% (MIOT, 2011).

N: 3.433 mulheres de 18-49 anos em São Pedro do Piauí-PI (IBGE, 2010).

Após o cálculo, a amostra ficou definida em 318 mulheres, foi acrescido 10% desse valor, com fins de compensar as perdas. A amostra final foi de 350 mulheres na faixa etária de 18 a 49 anos.

Quadro 1 – Tamanho da amostra segundo média de atendimentos de mulheres de 18 a 49 anos nas eSFs de São Pedro do Piauí, Piauí, maio-julho/2018.

Equipe	Mai	Junho	Julho	Média	%	Amostra
Pedras	85	41	62	63	10,5	37
Todos os Santos	75	53	64	64	10,7	38
Brejo	82	62	74	73	12,1	42
Bol	135	78	80	98	16,3	57
Centro	142	80	150	124	20,7	72
São José	87	91	57	78	13,0	46
Mãe Sebastiana	107	90	102	100	16,7	58
Total	713	495	589	599	100,0	350

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro do Piauí.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as mulheres com idade de 18 a 49 anos, cadastradas nas eSF do município, que estavam em atendimento nas UBS e que tenham ou tiveram parceiro íntimo fixos ou afins (namorado, amante, esposo) alguma vez na vida. Foram excluídas do estudo aquelas que nunca se relacionaram amorosamente com algum parceiro e não apresentarem condições para responder as questões de interesse da pesquisa.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados durante o fluxo de atendimento nas UBS, realizando o sorteio de no máximo sete mulheres por dia de atendimento. Nos casos em que a mesma não quis participar, foi realizado um novo sorteio para substituí-la.

A coleta de dados ocorreu, de forma individualizada, por meio de aplicação do questionário com variáveis sociodemográficas (APÊNCICE A) e do formulário sobre VPI, versão adaptada do *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) (ANEXO A).

Esse questionário era composto das variáveis exploratória: eSF, idade, cor da pele, estado civil, gestante, número de filhos, escolaridade, ocupação, renda familiar mensal e religião.

O CTS2 (STRAUSS; HAMBY; BONEY-MCCOY; SUGARMAN, 1996), traduzido para o português por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002), é uma escala criada para a identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. Contém 78 itens, investigando táticas de resolução de conflitos por meio de negociação, agressão psicológica e violência física e sexual, tanto por parte do sujeito como o que ele percebe das atitudes do companheiro. O CTS2 demonstrou boa equivalência conceitual de itens e semântica entre a versão final em português e a original, bem como uma excelente aceitabilidade.

A violência foi categorizada em três tipos: física, sexual e psicológica. Os casos de violência foram considerados quando as mulheres participantes responderem positivamente a pelo menos um item de cada tipo de violência (MATHIAS et al., 2013; RAFAEL; MOURA, 2014).

As entrevistas foram realizadas nas UBS, no período de maio a julho de 2019, de forma presencial, em locais que garantiram condições adequadas de conforto e

privacidade às participantes. A equipe de coletadores de dados era composta de estudantes do curso de graduação em enfermagem de uma faculdade privada do município, todas do sexo feminino, supervisionadas pelo pesquisador responsável pela pesquisa, a fim de evitar possível constrangimento das participantes em responder às perguntas e viés de resposta, pela possibilidade conhecerem o pesquisador principal. A equipe foi previamente capacitada quanto à abordagem sobre o tema, objetivos e metodologia da pesquisa.

4.6 Variáveis do estudo

4.6.1 Variável dependente

As variáveis dependentes eleitas foram questões relativas à VPI. Essa violência foi avaliada a partir da versão brasileira, adaptação transcultural para o português, do instrumento CTS2.

Tipos de violência	Respostas no CTS2
Física	"Alguma vez o atual/anterior marido/companheiro/namorado/amante" havia cometido os seguintes atos: "estrangulado ou queimado"; "levado um chute, uma surra ou foi arrastada"; "foi machucada com soco ou objeto"; "deram-lhe um tapa, atiraram algo que poderia machucar"; "foi empurrada, deram-lhe um tranco/chacoalhão".
Sexual	Respostas afirmativas às perguntas sobre se "alguma vez, pelo atual/anterior marido/companheiro/namorado": "havia sido forçada a manter prática sexual degradante/humilhante"; "submeteu-se a relação sexual por medo"; "foi forçada a manter relações sexuais".

Psicológica	Respostas afirmativas às perguntas sobre se "alguma vez, pelo atual/anterior marido/companheiro/namorado": "foi ameaçada"; "foi assustada ou intimidada"; "foi depreciada ou humilhada"; "foi insultada e/ou sentiu-se mal a respeito de si".
-------------	---

4.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes tiveram caráter explicativo, necessárias para determinar o desfecho.

a) Sociodemográficas

- eSF: considerada a zona de localização: rural e urbana;
- Idade: computada em anos;
- Cor: considerada a cor da pele autorreferida, a saber: branca e não branca;
- Estado civil: casada e não casada;
- Gestante: sim e não;
- Número de filhos: nenhum e, um ou mais;
- Escolaridade: computada em anos de estudo: 0-8 anos e ≥ 9 anos
- Trabalho fora de casa: sim e não;
- Renda familiar: vencimentos mensais da família em salário mínimo (SM): < 1 SM e ≥ 1 SM;
- Religião: católica e evangélica/outras;

4.7 Análise dos dados

Os dados foram analisados por estatística descritiva e analítica. Os dados foram tabulados, em planilha do *software* Microsoft Office Excel, mediante processo de dupla de digitação e, analisados utilizando o pacote estatístico Stata® versão 12. A análise da associação entre a violência com as variáveis do estudo foi feita utilizando

o teste *Qui-quadrado de Pearson* (χ^2) ou teste exato de *Fisher* (utilizado se frequência for inferior a cinco), quando apropriado. A razão de prevalência (RP) foi calculada para quantificar a força das associações entre as variáveis sociodemográficas com os diferentes tipos de violência. Todas as estimativas e intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram calculados utilizando modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Foram aceitos como estatisticamente significativos os testes com valor de $p < 0,05$.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro do Piauí e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI), sob parecer nº 3.221.572 de 25 de março de 2019, atendendo todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Às participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias sendo que uma ficou com a participante e a outra ficou em posse do pesquisador, a fim de garantir o consentimento prévio das mulheres, bem como a confidencialidade e privacidade.

4.9 Riscos e benefícios da Pesquisa

Os princípios da ética, do sigilo e da confidencialidade foram resguardados e o desenvolvimento deste estudo implicou em riscos mínimos, visto que as mulheres poderiam sentir-se constrangidas ao responder o questionário, porém, as entrevistadas foram informadas de que poderiam desvincular-se do estudo se assim julgassem necessário. Os questionários foram individuais, sem necessidade de identificação da participante e colocados pela própria participante em uma urna disponibilizada pelo pesquisador, além disso foi esclarecido às participantes, que as respostas aos questionários só seriam utilizadas no âmbito da pesquisa, a fim de evitar desconfortos e minimizar possíveis constrangimentos.

O estudo alcançou o desfecho principal, de conhecimento dos dados de prevalência de VPI e fatores associados, entre mulheres usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí. Espera-se que sirva de motivação e ampliação da compreensão sobre a importância da prevenção e da notificação da VPI no município.

5 RESULTADOS

Entre as 350 mulheres entrevistadas, a maioria era acompanhada por eSF localizadas na zona urbana (66,6%), na faixa etária de 30 a 49 anos de idade (65,3%) e se autodeclararam não brancas (68,0%). Mais da metade da amostra era composta de mulheres casadas (64,9%), que não estavam grávidas no período do estudo (88,6%), mas referiram ter um ou mais filhos (75,7%) e possuíam boa escolaridade (82,9%), 9 anos ou mais de estudo. Quanto à situação econômica, a maioria das mulheres (54,6%) não trabalhavam fora de casa e declararam renda familiar mensal de 1 SM ou mais (87,1%), 70,3% das mulheres declararam seguir a religião católica (Tabela 1).

Ao analisar a associação entre VPI e os estratos das variáveis sociodemográficas, a presença de VPI foi relacionada à localização da eSF em zona rural (RP=1,2; IC95%: 1,1-1,3; $p < 0,001$), cor da pele autorreferida como não branca (RP=1,2; IC95%: 1,0-1,3; $p = 0,016$), escolaridade de 0 a 8 anos de estudo (RP=1,1; IC95%: 1,0-1,2; $p = 0,020$) e não trabalhavam fora de casa (RP=1,1; IC95%: 1,0-1,2; $p = 0,011$) (Tabela 1).

Dessa forma, conforme Tabela 1, todas essas variáveis contribuíram para o aumento na prevalência de VPI. Tanto as mulheres acompanhadas por eSF da zona rural, quanto mulheres com cor da pele autodeclarada não branca tiveram 20% maior prevalência de VPI em relação as mulheres brancas e que viviam na zona urbana do município, respectivamente. A baixa escolaridade (0-8 anos de estudo) aumentou em 10% a prevalência de VPI em relação as mulheres com melhor escolaridade (9 anos e mais de estudo) e a situação de não trabalhar fora de casa também aumentou em 10% a prevalência de VPI quando comparada as mulheres que trabalhavam fora de casa.

Tabela 1 - Caracterização da amostra e prevalência de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.

Características	Amostra		VPI		RP	IC 95%	Valor de p*
	N	%	n	%			
Equipe							
Rural	117	33,4	108	92,3	1,2	1,1 – 1,3	<0,001
Urbana	233	66,6	185	79,4	1,0	-	-
Idade (anos)							
18 – 29	125	35,7	107	85,6	1,0	-	-
30 – 49	225	65,3	186	82,7	1,0	0,9 – 1,1	0,466
Cor da pele							
Branca	112	32,0	85	75,9	1,0	-	-
Não branca	238	68,0	208	87,4	1,2	1,0 – 1,3	0,016
Estado civil							
Casada	227	64,9	189	83,3	1,0	-	-
Não casada	123	35,1	104	84,6	1,0	0,9 – 1,1	0,752
Gestante							
Não	310	88,6	260	83,9	1,0	0,9 – 1,2	0,831
Sim	40	11,4	33	82,5	1,0	-	-
Número de filhos							
Nenhum	85	24,3	69	81,2	1,0	-	-
Um ou mais	265	75,7	224	84,5	1,0	0,9 - 1,2	0,490
Escolaridade							
0 – 8	60	17,1	55	91,7	1,1	1,0 – 1,2	0,020
9 e mais	290	82,9	238	82,1	1,0	-	-
Trabalho fora de casa							
Sim	159	45,4	124	78,0	1,0	-	-
Não	191	54,6	169	88,5	1,1	1,0 – 1,2	0,011
Renda Familiar(SM)							
< 1	45	12,9	41	91,1	1,1	1,0 – 1,2	0,068
1 e mais	305	87,1	252	82,6	1,0	-	-
Religião							
Católica	246	70,3	205	83,3	1,0	-	-
Evangélica/Outras	104	29,7	88	84,6	1,0	0,9 – 1,1	0,763

RP = razão de prevalência, IC 95% = intervalo de confiança de 95%; *p-valor = teste Exato de Fisher.

A VPI foi identificada em mais da metade da amostra (83,7%), segundo demonstrado na Tabela 1. Dentre esses casos detectados, a violência do tipo psicológica esteve presente na maioria das ocorrências (82,0%), com uma maior prevalência (Tabela 2). No entanto, observa-se que os tipos de violência (física,

psicológica e sexual) não ocorreram apenas de forma isolada, mais agrupadas (Figura 2).

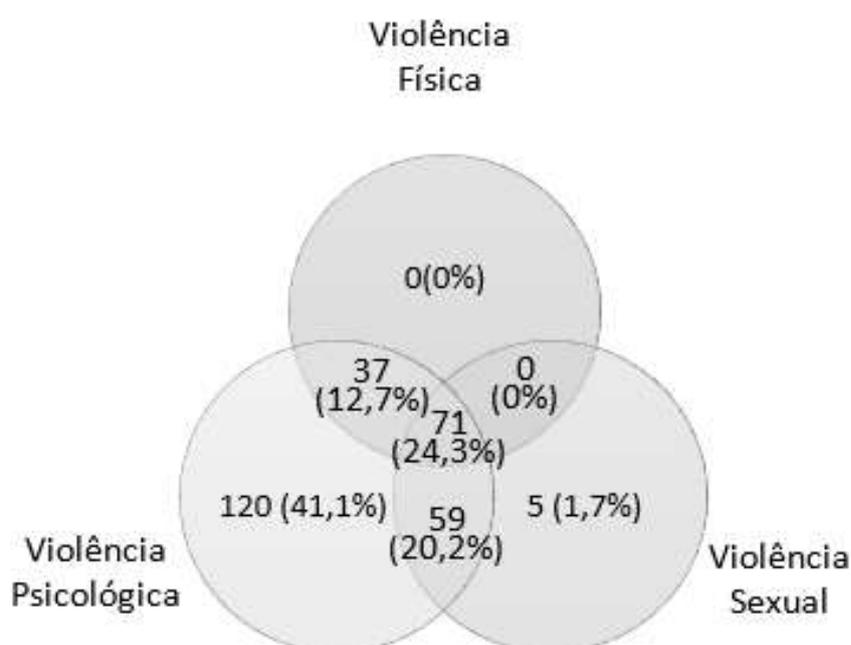
Tabela 2 - Prevalência dos tipos de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.

Tipo de violência	n	%	IC 95%
Psicológica	287	82,0	77,6 – 85,9
Sexual	135	38,6	33,4 – 43,9
Física	108	30,9	26,0 – 36,0

IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Não houve ocorrência de violência física isolada, mas esteve combinada à violência psicológica em 12,7% dos casos. A violência exclusivamente sexual, apesar de ter ocorrido de forma minoritária (1,7%), ocorreu juntamente à violência psicológica em 20,2% dos casos de violência. A violência psicológica esteve presente em todas as ocorrências de VPI de forma combinadas, de forma isolada ocorreu em 41,1% dos casos. A sobreposição dos três tipos de violência (física, psicológica e sexual) foi identificada em 24,3% dos casos de VPI (Figura 2).

Figura 2 - Sobreposição dos tipos de violência perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.



A prevalência de violência do tipo psicológica sofreu influência negativa pelas variáveis: eSF localizada na zona rural ($p < 0,001$), cor de pele autorreferida não branco ($p = 0,019$), escolaridade de 0-8 anos de estudo ($p = 0,029$), inativa quanto à ocupação ($p = 0,045$) e renda familiar mensal referida de <1 S.M. ($p = 0,025$) (Tabela 3).

A prevalência de VPI com presença de violência psicológica em mulheres acompanhadas pelas eSF da zona rural foi 20% maior em relação as mulheres com VPI psicológica acompanhadas pelas equipes de zona urbana do município. Com relação a cor de pele autodeclarada, as mulheres não brancas tiveram 20% maior prevalência de VPI psicológica em relação as mulheres que se consideram brancas. Os anos de estudo também aumentaram a prevalência de VPI psicológica nas mulheres com 0 a 8 anos de estudo, sendo 10% maior em relação as mulheres com melhor escolaridade (9 e mais anos de estudo). Nas variáveis econômicas, a prevalência de VPI psicológica foi 10% maior para as mulheres que não trabalhavam fora de casa e para mulheres que referiram renda familiar mensal menor que um S.M, em relação às mulheres que trabalhavam fora de casa e com renda familiar de 1 ou mais S.M (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da amostra e prevalência de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.

Características	Total		Violência Psicológica				Valor de p*
	n	%	n	%	RP	IC 95%	
Equipe							
Rural	117	33,4	107	91,4	1,2	1,1 – 1,3	<0,001
Urbana	233	66,6	180	77,2	1,0	-	-
Idade (anos)							
18 – 29	125	35,7	103	82,4	1,0	-	-
30 – 49	225	65,3	184	81,8	1,0	0,9 – 1,1	0,884
Cor da pele							
Branca	112	32,0	83	74,1	1,0	-	-
Não branca	238	68,0	204	85,7	1,2	1,0 – 1,3	0,019
Estado civil							
Casada	227	64,9	187	82,4	1,0	-	-
Não casada	123	35,1	100	81,3	1,0	0,9 – 1,1	0,804
Gestante							
Não	310	88,6	254	81,9	1,0	0,9 – 1,2	0,930
Sim	40	11,4	33	82,5	1,0	-	-

(continua)

Tabela 3 - Caracterização da amostra e prevalência de violência psicológica perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.
(conclusão)

Características	Total		Violência Psicológica				Valor de p*
	n	%	n	%	RP	IC 95%	
Número de filhos							
Nenhum	85	24,3	66	77,6	1,0	-	-
Um ou mais	265	75,7	221	83,4	1,1	0,9 - 1,2	0,268
Escolaridade							
0 – 8	60	17,1	54	90,0	1,1	1,0 – 1,2	0,029
9 e mais	290	82,9	233	80,3	1,0	-	-
Trabalho fora de casa							
Sim	159	45,4	123	77,4	1,0	-	-
Não	191	54,6	164	85,9	1,1	1,0 – 1,2	0,045
Renda Familiar(SM)							
< 1	45	12,9	41	91,1	1,1	1,0 – 1,2	0,025
1 e mais	305	87,1	246	80,7	1,0	-	-
Religião							
Católica	246	70,3	200	81,3	1,0	0,9 – 1,1	0,591
Evangélica/Outras	104	29,7	87	83,6	1,0	-	-

RP = razão de prevalência, IC 95% = intervalo de confiança de 95%; *p-valor = teste Exato de Fisher.

De acordo com a Tabela 4, a violência do tipo sexual foi relacionada às eSFs da zona rural ($p < 0,001$), estado civil de não casada ($p = 0,001$), não trabalhar fora de casa ($p = 0,002$) e renda familiar mensal declarada ($p = 0,018$). Para as mulheres assistidas pelas eSFs de zona rural a prevalência de VPI do tipo sexual foi 60% maior em relação as mulheres de eSFs da zona urbana. As mulheres não casadas tiveram prevalência de VPI sexual 50% maior em relação a prevalência dessa violência nas mulheres casadas. O Trabalho fora de casa foi outro fator negativo para prevalência de VPI sexual, pois aumentou em 60% a prevalência dessa violência nas mulheres que não trabalhavam fora de casa, em relação a prevalência nas mulheres que referiram trabalhar fora de casa.

No entanto, quanto a situação financeira, renda familiar mensal de 1 ou mais S.M aumentou em 2,1 vezes a prevalência de VPI sexual, em comparado às mulheres que declaram renda familiar inferior (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra e prevalência de violência sexual perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.

Características	Total		Violência Sexual				Valor de p*
	N	%	n	%	RP	IC 95%	
Equipe							
Rural	117	33,4	60	51,3	1,6	1,2 – 2,1	<0,001
Urbana	233	66,6	75	32,2	1,0	-	-
Idade (anos)							
18 – 29	125	35,7	51	40,8	1,0	-	-
30 – 49	225	65,3	84	37,3	0,9	0,7 – 1,2	0,521
Cor da pele							
Branca	112	32,0	42	37,5	1,0	-	-
Não branca	238	68,0	93	39,1	1,0	0,8 – 1,4	0,779
Estado civil							
Casada	227	64,9	74	32,6	1,0	-	-
Não casada	123	35,1	61	49,6	1,5	1,2 – 2,0	0,001
Gestante							
Não	310	88,6	125	40,3	1,6	0,9 – 2,8	0,091
Sim	40	11,4	10	25,0	1,0	-	-
Número de filhos							
Nenhum	85	24,3	36	42,3	1,0	-	-
Um ou mais	265	75,7	99	37,4	0,8	0,7 – 1,2	0,402
Escolaridade							
0 – 8	60	17,1	26	43,3	1,2	0,8 – 1,6	0,392
9 e mais	290	82,9	109	37,6	1,0	-	-
Trabalho fora de casa							
Sim	159	45,4	47	29,6	1,0	-	-
Não	191	54,6	88	46,1	1,6	1,2 – 2,1	0,002
Renda Familiar(SM)							
< 1	45	12,9	9	20,0	1,0	-	-
1 e mais	305	87,1	126	41,3	2,1	1,1 – 3,8	0,018
Religião							
Católica	246	70,3	97	39,4	1,1	0,8 – 1,4	0,616
Evangélica/Outras	104	29,7	38	36,5	1,0	-	-

RP = razão de prevalência, IC 95% = intervalo de confiança de 95%; *p-valor = teste Exato de Fisher.

Os casos identificados de VPI envolvendo a violência física demonstram que relação com as variáveis: cor da pele autodeclarada não branca ($p < 0,001$), estado civil de não casada ($p = 0,001$), escolaridade de 0 a 8 anos de estudo ($p < 0,001$),

ocupação inativa ($p= 0,002$) e renda familiar mensal referida menor que 1 S.M. ($p= 0,023$) (Tabela 5).

Dentre as mulheres com VPI do tipo física, a prevalência entre as mulheres que se autodeclararam não brancas foi 2,4 vezes maior em relação a prevalência em mulheres que se consideram brancas. As mulheres não casadas tiveram 70% maior prevalência de VPI física e quanto à escolaridade, a baixa instrução (0-8 anos de estudo) teve duas vezes maior prevalência de VPI física em relação às mulheres com 9 e mais anos de estudo. Quanto a influência econômica, mulheres que não trabalhavam fora de casa apresentaram prevalência 70% maior, e a renda mensal referida como menor que um S.M. apresentou prevalência 50% maior em relação às outras mulheres com VPI física (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da amostra e prevalência de violência física perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.

Características	Total		Violência Física				Valor de p*
	n	%	n	%	RP	IC 95%	
Equipe							
Rural	117	33,4	42	35,9	1,3	0,9 – 1,7	0,143
Urbana	233	66,6	66	28,3	1,0	-	-
Idade (anos)							
18 – 29	125	35,7	36	28,8	1,0	-	-
30 – 49	225	65,3	72	32,0	1,1	0,8 – 1,6	0,538
Cor da pele							
Branca	112	32,0	18	16,1	1,0	-	-
Não branca	238	68,0	90	37,8	2,4	1,5 – 3,7	<0,001
Estado civil							
Casada	227	64,9	57	25,1	1,0	-	-
Não casada	123	35,1	51	41,5	1,7	1,2 – 2,2	0,001
Gestante							
Não	310	88,6	98	31,6	1,3	0,7 – 2,2	0,413
Sim	40	11,4	10	25,0	1,0	-	-
Número de filhos							
Nenhum	85	24,3	23	27,1	1,0	-	-
Um ou mais	265	75,7	85	32,1	1,2	0,8 - 1,8	0,394
Escolaridade							
0 – 8	60	17,1	32	53,3	2,0	1,5 – 2,8	<0,001
9 e mais	290	82,9	76	26,2	1,0	-	-

(continua)

Tabela 5 - Caracterização da amostra e prevalência de violência física perpetrada por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde segundo características sociodemográficas. São Pedro do Piauí, Piauí, 2019.

(conclusão)

Características	Total		Violência Física				Valor de p*
	n	%	n	%	RP	IC 95%	
Trabalho fora de casa							
Sim	159	45,4	35	22,0	1,0	-	-
Não	191	54,6	73	38,2	1,7	1,2 – 2,4	0,002
Renda Familiar(SM)							
< 1	45	12,9	20	44,4	1,5	1,1 – 2,2	0,023
1 e mais	305	87,1	88	28,8	1,0	-	-
Religião							
Católica	246	70,3	80	32,5	1,2	0,8 – 1,7	0,310
Evangélica e Outras	104	29,7	28	26,9	1,0	-	-

RP = razão de prevalência, IC 95% = intervalo de confiança de 95%; *p-valor = teste Exato de Fisher.

6 DISCUSSÃO

Esse estudo inédito no município demonstra a elevada prevalência de VPI em mulheres adultas atendidas em UBS localizadas em zonas urbanas e rurais, com influência de fatores socioeconômicos e demográficos. Esse fato, configura-se um problema de saúde pública no município, assim como ocorre no Brasil e no mundo (OMS, 2002).

A presença de VPI foi identificada em grande parte da amostra, apresentando prevalência elevada, principalmente em mulheres acompanhadas por eSFs da zona rural, autodeclaradas não brancas, de baixa escolaridade e que não trabalhavam fora de casa. De forma geral, elevados índices de VPI também foram identificados em estudo com mulheres iranianas (MOHAMADIAN et al, 2016) e em Teresina- Piauí (LIMA, 2016), com 62,0% e 65,3%, respectivamente.

Seguindo a tendência dos estudos realizados no nordeste brasileiro, região com predominância de cor não branca, foi encontrado maior número de casos de VPI em vítimas que se autodeclararam não brancas (SILVA et al., 2013). Apesar de Dos Santos et al. (2017) não terem detectado relação significativa entre cor da pele e ocorrência de VPI em Pernambuco-Brasil, mesmo com maior prevalência dessa violência entre as mulheres de cor não branca. Em contrapartida, estudos realizados no sul e sudeste brasileiro, onde a população é predominantemente de cor de pele branca, encontraram maior prevalência de vítimas de VPI com a cor da pele branca (DELZIOVO et al., 2017).

A violência às mulheres ocorre em todos os níveis de escolaridade. Contudo, quanto mais anos de estudo elas possuem, presume-se que tenham mais conhecimentos sobre seus direitos de cidadania, o que pode conferir-lhes mecanismos pessoais protetores para afastá-las de relacionamentos violentos. Dessa forma, a educação é um dos instrumentos para que as mulheres possam manter-se longe de situações violentas (NETTO et al., 2015). Taxa de maior VPI em mulheres com menor escolaridade também foram identificados em estudos nordeste (DOS SANTOS et al., 2017), sudeste (MORAES et al., 2017) e sul do Brasil (DELZIOVO et al., 2017).

Associado a essa baixa escolaridade, a condição de não trabalhar fora de casa também influenciou no aumento de prevalência de VPI nesse estudo, não apenas de forma geral, mas em todos os tipos de violência (psicológica, sexual e física). Situação

que não difere do contexto internacional da VPI, que mesmo se tratando de países mais desenvolvidos que o Brasil, não ter trabalho remunerado apresenta associação com a violência sofrida (VIEIRA et al., 2013; SAPKOTA et al., 2016).

Dentre os tipos de VPI, destacaram-se a psicológica, sexual e física nessa amostra, ocorrendo de forma isoladas ou sobrepostas e sob influência de variáveis socioeconômicas-demográficas. De forma geral, rotineiramente ocorrem dois ou mais tipos de violência associados, o que indica, que dificilmente esses atos ocorrem isoladamente (VIEIRA et al.; 2013; RAFAEL; MOURA, 2014). Apesar dessa sobreposição, a violência do tipo psicológica foi mais frequente, com prevalência muito alta, dentre os casos de VPI, tanto de forma isolada como agrupada a outro tipo de violência, resultado semelhante aos estudos de Moura et al., (2009), Veloso e Monteiro (2019) e Siqueira et al., (2018), com variações de 80,2%, 61,5% a 37,8%, respectivamente.

Nesse estudo, a prevalência de VPI psicológica ainda foi aumentada por fatores socioeconômico e demográficos: localização da eSF em zona rural, cor da pele não branca, baixa escolaridade (0-8 anos de estudo), não trabalhar fora de casa e renda familiar baixa (menor que 1 S.M).

A agressão psicológica merece atenção, embora muitas vezes seja negligenciada pelos serviços de proteção à mulher e pelos profissionais de saúde visto que, geralmente, apresenta-se como a primeira forma de violência no contexto de uma cadeia que pode chegar até o seu ponto máximo, o feminicídio (ROSA et al., 2013). Por outro lado, a agressão psicológica tem sido naturalizada nos relacionamentos conjugais, como se fosse uma estratégia para a resolução de conflitos (COLOSSI et al., 2015).

Embora as violências do tipo sexual e física tenham ocorrido em menos da metade da amostra, a VPI do tipo sexual teve prevalência aumentada em situações de mulheres da zona rural, não casadas, que não trabalhavam fora de casa, mas com renda familiar mensal mais alta (1 e mais S.M). A situação conjugal, é um dos fatores de influência na ocorrência de VPI, em que as vítimas de VPI são em sua maioria solteiras ou sem parceiro íntimo (NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Resultados similares também foram encontrados em estudo realizado em São Paulo – Brasil, onde a prevalência de VPI psicológica, física e sexual foi de 53,8%, 32,2% e 12,4%, respectivamente (MATHIAS et al., 2013).

Quanto a VPI do tipo física, embora tenha ocorrido em menor frequência, teve prevalência aumentada em situações de mulheres autodeclaradas não brancas, não casadas, com baixa escolaridade (0-8 anos de estudo), que não trabalhavam fora de casa e com renda familiar baixa (< 1 S.M.).

Em contrapartida, estudo com base em inquéritos policiais e registros em delegacias evidenciaram a sobreposição da violência física em relação aos demais tipos sofridos (ACOSTA et al., 2015). Esse achado pode estar associado ao fato de que a mulher, na maioria dos casos, somente procura ajuda policial quando a violência transcende a barreira do dano psicológico, e passa a deixar marcas e sequelas visíveis decorrentes da exacerbação da violência física.

Ressalta-se que as variáveis idade, gestante (no período da pesquisa), número de filhos e religião não influenciaram na presença e/ou tipo de VPI. Enquanto que a ocupação apresentou relação significativa na ocorrência de VPI e em todos os seus tipos, mulheres que não trabalhavam fora de casa tiveram maior prevalência de VPI.

Além da presença de VPI, outro fato a ser avaliado é a recorrência dos atos de violência, demonstrado no estudo Ciclo da Violência de Walker (2009), o que indica a intensidade e repetitividade na vida das vítimas, tal repetitividade das agressões podem resultar em feminicídios, que são situações de violência que vão se agravando paulatinamente, e o fim dessa violência é a morte da mulher agredida (VIEIRA et al., 2013).

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

Como potenciais limitações deste estudo, pode-se considerar que a opção por entrevistar apenas mulheres em atendimento presente nas unidades de saúde, pode ter levado à subestimação dos achados. Também houve a abordagem da violência sofrida pelo menos uma vez na vida, sem delimitação de tempo, o que pode levar a prevalências maiores ou menores do que as encontradas.

Metodologicamente, determinar a prevalência de VPI é um desafio, isto devido a fatores que podem contribuir para sua subestimação, como: complexidade do tema,

condição emocional das mulheres em situação de violência, habilidade do pesquisador e instrumento utilizado, acrescenta-se ainda a dificuldade de pesquisar populações que residem em locais de grande vulnerabilidade e elevado risco para violência geral, como a do presente estudo.

Também é necessário considerar que algumas mulheres podem ter evitado revelar os atos de violência sofridos por medo de retaliação dos companheiros ou mesmo para “protegê-los”, em função do reconhecimento da ilegalidade da violência contra a mulher.

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

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo, demonstram que a prevalência de VPI se mostrou alta entre mulheres usuárias da APS do município de São Pedro do Piauí, principalmente acompanhadas por eSFs da zona rural, autodeclaradas não brancas, de baixa escolaridade e que não trabalhavam fora de casa. A violência do tipo psicológica apresentou a maior taxa de prevalência, associada à localização da eSF em zona rural, cor da pele não branca, baixa escolaridade (0-8 anos de estudo), não trabalhar fora de casa e renda familiar baixa (< 1 SM). Seguidas da VPI sexual, mais prevalente em mulheres da zona rural, não casadas, que não trabalhavam fora de casa, mas com renda familiar mensal mais alta (1 e mais SM), e da VPI física, que foi associada a mulheres autodeclaradas não brancas, não casadas, com baixa escolaridade (0-8 anos de estudo), que não trabalhavam fora de casa e com renda familiar baixa (< 1 SM.).

A VPI enquanto problema de saúde pública não tem reduzido e está presente cotidianamente na rotina dos serviços de saúde. As informações sobre como prevenir e enfrentar a VPI ainda são limitadas. É possível que as ações de prevenção e cuidado careçam de maior integração dos setores da envolvidos, sejam públicos, privado, da sociedade civil organizada e do cidadão. Ademais, a prevenção, para além das vítimas, precisa ser inclusiva e ampla. Entende-se que urge a necessidade de desconstrução da naturalização da violência, da desigualdade de gênero e outras que favorecem o seu recrudescimento, incluindo-o nos currículos escolares desde o fundamental à graduação.

É imprescindível, ainda, que os profissionais de saúde assumam uma postura de responsabilização pelos casos de violência identificados, mediante uma articulação entre os serviços que possibilitem o rompimento do ciclo de violência, identificando acolhendo, e, tratando as vítimas.

Portanto, diante da magnitude da VPI, os resultados deste estudo podem ser utilizados para o desenvolvimento de estratégias e capacitações dos profissionais de saúde para atuarem na pronta identificação do problema e no manejo deste com um bom acolhimento, escuta qualificada, assistência humanizada e eficaz, trabalhando de forma articulada com a rede que envolva diferentes setores da sociedade, tais como os conselhos tutelares, o judiciário, a segurança pública e a assistência social.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, D. F. et al. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in)Visibilidade do problema. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.1, p.121-127, 2015.
- ARAUJO, R.J.G, et al. Análise dos Traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Full Dent. Sci.** V.3, n.9, p.78-85, 2011.
- BARAGATTI, D. Y; AUDI, C. A. F; MELO, M. C. Abordagem sobre a disciplina violência em um curso de graduação em enfermagem. **Rev. de Enferm da UFSM**, [S.l.], v.4, n.2, p.470 - 477, 2014.
- BARROS, E. N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.591-598, 2016.
- BARROS, A. J. S; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica.** 2ed. São Paulo: Makron Books, 2000.
- BOZZO, A. C. B et al. Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista [Domestic violence against women: characterization of cases reported in a town in São Paulo State]. **Rev. Enferm UERJ**, v.25, p. e11173, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de políticas de saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.** Cadernos de Atenção Básica nº 8 – Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 131, Brasília, 2002.
- _____. Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2003.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha: Lei nº.11.340. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.
- _____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol. Epidemiol [Internet]**, 50(n.esp.), p.1-154, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos> Acesso em: 20 de setembro de 2019.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2019**. IPEA: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), Rio de Janeiro. 2019.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COLOSSI, P. M et al. Violência conjugal: prevalência e fatores associados. **Rev. Contextos Clínicos**, v.8, n.1, 2015.

CORTES, L.F.; et al. Cuidar de mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. **Rev. Gaúcha. Enferm.** v.36, 2015;

COSTA, A. V. M. **Saberes e atitudes de mulheres sobre a violência contra a mulher pelo parceiro íntimo**. Dissertação (mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Federal do Piauí. 2016.

DATASENADO. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais**. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018.

_____. **Relatório de Pesquisa: violência doméstica contra a mulher**. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2017.

DATASUS. **TabNet Win32 3.0**: violência doméstica, sexual e/ou outras violências - Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 20 set 2019.

DELLA-TORRE, D. N. P, et al. Violência por parceiro íntimo: uma análise sobre usuárias da Atenção Primária à Saúde de Ribeirão das Neves – MG. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.26, n.8, p.336-339, 2016.

DELZIOVO, C. R. et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.33, n.6, 2017.

D'OLIVEIRA, A. F. P. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**, 2009.

DOS SANTOS, T. M. B. et al. Factors associated with the type of violence perpetrated against adolescents in the state of Pernambuco, Brazil. **Rev. Child Abuse & Neglect**, v.67, p.216–227, 2017.

DUARTE, M. C et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm.** v.68, n.2, p.325-332, 2015.

DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1293-1304, 2013.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015**. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

FRANZOI, N. M., FONSECA, R. M. G. S. da., GUEDES, R. N. Violência de gênero: Concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino Americana de Enferm**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, p.589-597, 2011.

GOMES, N.; ERDMANN, A. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado a mulher. **Rev. Latino Americana de Enferm**, v. 22, n. 1, p. 76-84, 1 jan. 2014.

HOLANDA, E. R. et al. Fatores associados à violência contra as mulheres na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Brasileira Promoção Saúde**, 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico: resultados estimados**. Rio de Janeiro, 2017.

KANGUSSU, D. M. M. **Violência Sexual em mulheres atendidas em um hospital universitário de Curitiba, Brasil**: caracterização das vítimas, da violência e da assistência. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2018.

LIMA, L. A. A. **Análise da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e fatores associados**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí. Piauí, 2016.

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

MARQUES et al. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.38, n.3, 2017.

MATHIAS, A. K. R. A. et al. Prevalence of violence by intimate male partner among women in primary health units in São Paulo State. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.35, n.4, p.185-191, 2013.

MAURI, E. M. et al. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. **Midwifery**. v.31, n.5, p.498-504, 2015.

- MELLO, F. A. Violência contra a mulher: **aspectos sócio jurídicos e as políticas sociais de proteção**. 2015. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15828&revista_caderno=29. Acesso em 30 out. 2018.
- MENEGUELI, S.N; HIRAKATA, V.N. Feminicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.45, n.3, p.564-574, 2011.
- MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Rev. J Vasc Bras**, v.10, n.4, 2011.
- MOHAMADIAN, F. et al. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence against Iranian Women: A Cross-Sectional Study. **Korean J Fam Med**; v.37, n.4, p.253–258, 2016.
- MORAES, C. L; HASSELMANN, M. H; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural do instrumento *Revised Conflict Tactics Scales*. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, p.163-176, 2002.
- MORAES, C. L et al. Violência entre parceiros íntimos após o parto. **Cad. Saúde Pública**; v.33, n.8, p.e00141116, 2017.
- MOURA, L. B. A et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Cad. Saúde Pública**, v.43, n.6, p944-953, 2009.
- NETTO L. A. et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n.1, p.135-42, 2015.
- _____. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. Escola Anna Nery, **Rev. Enferm**, v.21, n.1, p. 1-8, 2017.
- OLIVEIRA, L. C. Q et al. Intimate partner violence in pregnancy: identification of women victims of their partners. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.36, n.1, p.233-238, 2015.
- ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Genebra; 2002.
- OSIS, M. J. D; DUARTE, G. A; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta dos gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, 2012.
- PATZER, S. S. **Potencialidade da Estratégia Saúde da Família na Prevenção do Suicídio**: um relato de experiência. Florianópolis, 2014.
- PIEROTTI, C. F. et al. A situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa**. São Paulo, v. 63, n.1, p. 8-12, 2018.

PUCCIA, M. I. R; MAMEDE, M. V. Revisão Integrativa Sobre a Violência Por Parceiro Intimo na Gestaçao. **Rev. Eletrônica de Enferm**, UFG., 2012.

RAFAEL, R. M. R; MOURA, A.T.M.S. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.63, n.2, p. 149-153, 2014.

RORIGUES-BLANES, G. M. et al. Detección de violencia del compañero íntimo em atención primaria de salud y SUS factores asociados. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 5, p. 410-415, 2017.

RODRIGUES, V. P. et al. A Prática de trabalhadora (e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.23, n.3, p.735-743, 2014.

ROSA, D.O.A. et al. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. **FEMINA**. v.41, n.2, 2013.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

SAPKOTA, D. et al. Domestic violence and its associated factors among married women of a village development committee of rural Nepal. **BMC research notes**, v.9, n.1, p.1, 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007a.

_____. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007b.

SCHWANTES, L. C. et al. Violência doméstica: analisando a visão do profissional de saúde na atenção primária. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.37, n.4, p. 449-456, 2011.

SILVA, A. C. L. G; COELHO, E. B. S; MORETTI-PIRES, R. O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira intima: uma revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Publica**. v. 35, n. 4, p. 278-83, 2014.

SILVA, M. A. et al. Mulheres vítimas de homicídios em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.2, p.391-396, 2013.

SIQUEIRA, V. B. et al. Violência psicológica contra mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, v.21, n.3, p. 437-449, 2018.

SOUSA, M. H. et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Brasileira de Epidem**, v. 18, n. 1, p. 94-107, 2015.

VELOSO, C; MONTEIRO, C.F.S. Consumo de álcool e tabaco por mulheres e a ocorrência de violência por parceiro íntimo. **Rev. Texto Contexto Enferm.** v.28, 2019.

VIEIRA, E. M; PERDONA, G. S. C; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública.** v. 45, n. 4, p. 730-737, 2011.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. **Rev. Latino-Am. Enferm,** Ribeirão Preto, v.21, n.4, p.920-927, 2013.

WALKER L. E. A. **The Battered woman syndrome.** 3. ed. United States of America: Spring Publishing Company, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva: World Health Organization, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico

Nº.: _____ DATA: _____ ESF: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data de nascimento: ____/____/____ **Idade:** _____

Cor: 1 () Negra 2()Branca 3()Amarela 4()Parda

Estado civil: () 1. Solteira () 2. Casada/União Estável () 3. Viúva () 4.

Separada/Divorciada

Está Gestante? () 1. Não () 2. Sim. **Se sim, Foi Planejada?** () 1. Não () 2. Sim

Tem filhos? () 1. Nenhum () 2. Um () 3. Dois Filhos () 4. Três ou mais

Escolaridade: () 1. Ensino fundamental completo () 2. Ensino fundamental incompleto () 3. Ensino médio completo () 4. Ensino médio incompleto () 5.

Ensino Superior completo () 6. Ensino Superior incompleto () 7. Especialização ()

8. Mestrado/Doutorado

Ocupação: () desempregada () Não trabalha () ativa/trabalhando ()

aposentada/pensionista () estudante

Renda familiar (salários mínimos): () 1. Menos de 1 SM () 2. 1 a 2 SM () 3.

3 a 4 SM () 4. Mais que 4 SM

Religião: () 1. Católica () 2. Evangélica () 3. Espírita () 4. Sem religião () 5.

Outra

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do projeto de dissertação de mestrado: Violência Por Parceiro Intimo entre Usuárias da Atenção Primária à Saúde

Instituição/Departamento: UFPI/CCS/Mestrado Profissional em Saúde da Família

Telefone para contato: (86) 99953-3232 (Samuel);

Email: smcpi@hotmail.com;

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde do Município de São Pedro do Piauí

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a responder as perguntas deste questionário e formulário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este instrumento de coleta de dados, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Para melhor esclarecer, sujeito de pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é o participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração ou benefício direto em detrimento de sua participação na presente pesquisa. Não haverá qualquer tipo de ônus para a participante.

- 1) **Justificativa:** O estudo se justifica pelos altos índices de violência sofrida pela mulher por seu parceiro íntimo. Espera-se que a análise dos resultados possa contribuir para reduzir esses números, que possa ser prevenida essa violência e possa ser oferecida melhor assistência às mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo a fim de melhorar a qualidade de vida da população.
- 2) **Objetivo central do estudo:** Analisar a prevalência de violência por parceiro íntimo entre usuárias que procuram a Atenção Primária à Saúde.

_____ (rubrica da Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

3) Procedimentos:

- Você será convidada a participar de uma pesquisa, sua participação é voluntária, assim você pode retirar o seu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento /assistência/tratamento neste serviço.
- Caso aceite, você deverá assinar o termo descrito abaixo e permitir o levantamento de questões a sobre violência por parceiro íntimo contra a mulher, através da aplicação de 1 questionários e responder 1 formulário.
- Este consentimento será assinado em duas vias, ficando a entrevistada com a posse de uma delas devidamente assinado pelo entrevistador.

4) Benefícios: Esse estudo trará como benefícios o conhecimento dos dados de prevalência de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde no município de São Pedro do Piauí, além ampliar a compreensão sobre a importância da prevenção e notificação da VPI. Com base nesse conhecimento, podem ser desenvolvidas ações para prevenção, assistência às mulheres vítimas de VPI, ampliar a adesão ao preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência, e assim, gerar novos conhecimentos para gestores e profissionais de saúde sobre essa temática e incentivar novos estudos. A pesquisa ainda proporcionará, como um projeto intervenção, a Implantação do Serviço Vigilância às Violências na Atenção Primária à Saúde do Município de São Pedro do Piauí – PI, para auxiliar as atividades de gestão em saúde e assistência às mulheres vítimas de VPI, em benefício social à população do município.

5) Riscos: trará a possibilidade de riscos mínimos, ocasionalmente provocados por danos à dimensão psíquica, como o constrangimento em responder as indagações ou devido ao risco de ser violado o sigilo das informações. Assim, será prevenido qualquer tipo de risco, ou aliviado qualquer tipo de problema que afete o bem-estar dos participantes da pesquisa, através da abordagem individualizada, garantia de poder retirar-se da pesquisa a qualquer momento e se necessário será solicitado junto à equipe de saúde um atendimento com psicóloga do NASF. Serão garantidos o sigilo das informações fornecidas e a suspensão da pesquisa em caso de ocorrer qualquer risco, conforme Resolução CNS 466/2012, ou mesmo se a identidade do participante for revelada.

6) Sigilo: a sua privacidade e de sua família são garantidas pelo pesquisador responsável. As informações somente serão divulgadas preservando o anonimato das mulheres e serão mantidas na residência dos pesquisadores por um período de cinco anos, após este período os dados serão destruídos.

Consentimento da participação da pessoa como participante

Eu, _____, RG: _____, CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como participante. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Violência Por Parceiro Intimo entre Usuárias da Atenção Primária à Saúde”.

_____ (rubrica da Participante) _____ (rubrica do Pesquisador)

Eu discuti com os pesquisadores responsáveis sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta instituição de saúde.

Local e data: _____

Assinatura do participante ou responsável

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para participação neste estudo.

Teresina, ____ de _____ de 20____.



Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas
Pesquisador Responsável



Samuel Moura Carvalho
Pesquisador Participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos da pesquisa entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Ininga –Pró-Reitoria de Pesquisa – CEP: 64049-550–Teresina – PI. Telefone: (86)3237-2332 – www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A – Formulário de entrevista

VERSÃO-SÍNTESE DA CTS2 EM PORTUGUÊS*

“Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes ou discutem e se agridem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver seus problemas. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se você e seu (ex)companheiro fizeram cada uma dessas coisas”

Item	Escala *	
1a	(N)	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?
1b		Seu companheiro(a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?
2a	(N)	Você explicou para seu companheiro(a) o que você não concordava com ele?
2b		Seu companheiro(a) explicou para você o que ele não concordava com você?
3a	(Pm)	Você insultou ou xingou o seu companheiro(a)?
3b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
4a	(Fm)	Você jogou alguma coisa no seu companheiro(a) que poderia machucá-lo?
4b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
5a	(Fm)	Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele?
5b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
6a	(Im)	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)?
6b		Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você?
7a	(N)	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?
7b		Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?

8a	(Cm)	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha?
8b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
9a	(Fm)	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)?
9b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
10a	(Cg)	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você?
10b		Seu companheiro(a) fez isso?
11a	(Fg)	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)?
11b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
12a	(lg)	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)?
12b		Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?
13a	(Pg)	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?
13b		Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?
14a	(Fg)	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar?
14b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
15a	(Pg)	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito?
15b		Seu companheiro(a) fez isso?
16a	(lg)	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?
16b		Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?
17a	(Fg)	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)?
17b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
18a	(Pm)	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)?
18b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
19a	(Fg)	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força?

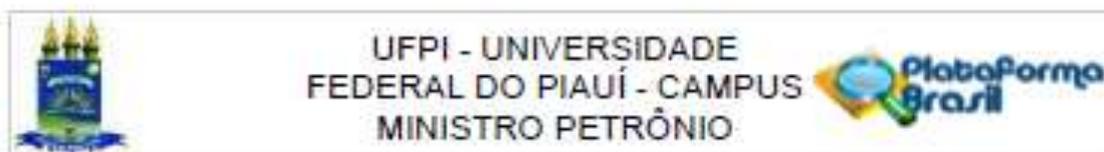
19b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
20a	(N)	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?
20b		Seu companheiro(a) disse que achava que você poderia resolver o problema?
21a	(lg)	Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?
21b		Seu companheiro(a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?
22a	(Fg)	Você deu uma surra no seu companheiro(a)?
22b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
23a	(Fm)	Você segurou o seu companheiro(a) com força?
23b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
24a	(Cg)	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você?
24b		Seu companheiro(a) fez isso?
25a	(Pm)	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?
25b		Seu companheiro(a) fez isso?
26a	(Cm)	Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física?
26b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
27a	(Fm)	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)?
27b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
28a	(lg)	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
28b		Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você?
29a	(Cg)	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você?
29b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
30a	(N)	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?
30b		Seu companheiro(a) fez isso?

31a	(Fg)	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito?
31b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
32a	(Cm)	Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?
32b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
33a	(Pg)	Você acusou o seu companheiro(a) de ser “ruim de cama”?
33b		Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso?
34a	(Pm)	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)?
34b		Seu companheiro(a) fez isso?
35a	(Pm)	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)?
35b		Seu companheiro(a) fez isso?
36a	(Im)	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?
36b		Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?
37a	(Fg)	Você chutou o seu companheiro(a)?
37b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
38a	(Cg)	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você?
38b		Seu companheiro(a) fez isso com você?
39a	(N)	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?
39b		Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?

*Legenda para as escalas: Cg = coerção sexual grave; Cm = coerção sexual menor; Fg = violência física grave; Fm = violência física menor; Ig = injúria grave; Im = injúria menor; N = negociação; Pg = agressão psicológica grave; Pm = agressão psicológica menor; *CTS2 = Revised Conflict Tactics Scales*.

* Versão-síntese da cts2 em português traduzida para o português por Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002)

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência por parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09445519.9.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.221.572

Apresentação do Projeto:

Todas as informações apresentadas aqui "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 1306982.pdf - Data de Submissão do Projeto: 13/03/2019. A Violência por Parceiro Íntimo (VPI) é um problema de saúde pública de grande magnitude e complexidade; além dos seus efeitos danosos à saúde da mulher. **Objetivo:** Analisar a prevalência de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde e fatores associados. **Métodos:** Será realizado um estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa. Serão incluídas as mulheres com idade entre 18 e 49 anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) num município do Estado do Piauí, que estejam em atendimento de rotina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que tenham ou tiveram parceiro íntimo alguma vez na vida. Serão excluídas as mulheres surdas-mudas para responder o questionário, pois inviabiliza a entrevista. A amostra será probabilística, proporcional ao número de atendimentos de 3 meses consecutivos nas UBS do município. A seleção da amostra será feita por meio de sorteio simples. O cálculo amostral foi feito levando em consideração a prevalência de 65%, erro de 5%, tamanho da população de 3.433 mulheres de 18 a 49 anos e adicional de 10 % para considerar as perdas. Adotando-se a fórmula utilizada para população finita, a amostra total será composta por 350 usuárias. A coleta de dados ocorrerá por meio de aplicação de questionários: o questionário sociodemográfico, para traçar o perfil da

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 3.221.572

amostra; e o formulário sobre Violência por Parceiro Íntimo (Adaptação transcultural para o português do Instrumento "Revised Conflict Tactics Scales - CTS2), para analisar a ocorrência de VPI contra mulheres e fatores associados.

Metodologia Proposta:

Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. Esta pesquisa será realizada nas UBS do município de São Pedro do Piauí - PI. A população do estudo será composta por mulheres, de 18 a 49 anos, que procurarem atendimento nas UBS do município de São Pedro do Piauí. A amostra será probabilística, estratificada, proporcional ao número médio de atendimentos de cada UBS nos meses de maio, junho e julho de 2016 nas UBS do município. A seleção da amostra será feita de forma aleatória simples (sorteio), na qual as participantes serão abordadas nos dias de atendimento na UBS. O cálculo amostral foi feito levando em consideração erro de 5%, tamanho da população de 3.433 mulheres de 18 a 49 anos e adicional de 10 % para considerar as perdas.

Critério de Inclusão:

Serão incluídas as mulheres com idade entre 18 e 49 anos, cadastradas nas ESF do município, que estejam em atendimento nas UBS e que tenham ou tiveram parceiro íntimo (namorado, amante, esposo) alguma vez na vida.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas as mulheres surdas-mudas para responder o questionário, pois inviabilizam a entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a prevalência de VPI entre usuárias da APS e fatores associados no município de São Pedro do Piauí - PI.

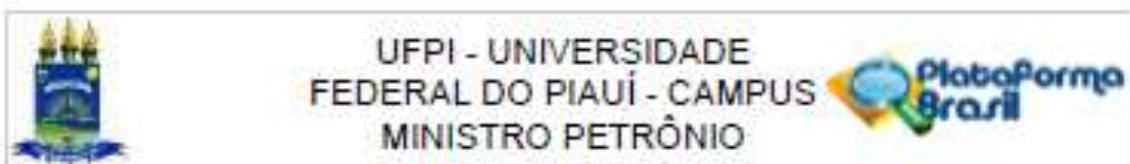
Objetivo Secundário:

Descrever os aspectos sociodemográficos das participantes do estudo;

Estimar a prevalência de VPI no município de São Pedro do Piauí - PI;

Caracterizar a VPI segundo tipo, local de ocorrência e o agressor entre usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí - PI; Identificar fatores associados à VPI entre usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí - PI;

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Protocolo: 3.021.572

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa trará a possibilidade de riscos mínimos, ocasionalmente provocados por danos à dimensão psíquica, como o constrangimento em responder as indagações ou devido ao risco de ser violado o sigilo das informações. Assim, será prevenido qualquer tipo de risco, ou aliviado qualquer tipo de problema que afete o bem-estar dos participantes da pesquisa, através da abordagem individualizada, garantia de poder retirar-se da pesquisa a qualquer momento e se necessário será solicitado junto à equipe de saúde um atendimento com psicóloga do NASF. Serão garantidos o sigilo das informações fornecidas e a suspensão da pesquisa em caso de ocorrer qualquer risco, conforme Resolução CNS 466/2012.

Benefícios:

Esse estudo trará como benefícios o conhecimento dos dados de prevalência de VPI entre mulheres usuárias da Atenção Básica no município de São Pedro do Piauí, além ampliar a compreensão sobre a importância da prevenção e notificação da VPI. Com base nesse conhecimento, podem ser desenvolvidas ações para prevenção, assistência às mulheres vítimas de VPI, ampliar a adesão ao preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência, e assim, gerar novos conhecimentos para gestores e profissionais de saúde sobre essa temática e incentivar novos estudos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados

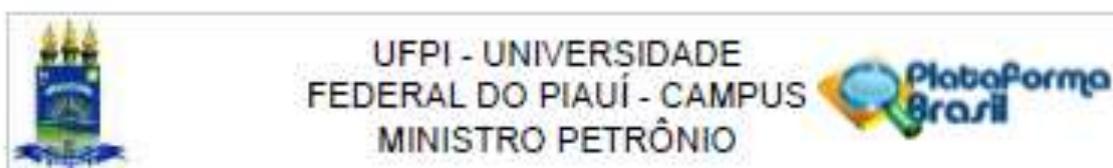
Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa apta a ser desenvolvida. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella,
 Bairro: Ininga CEP: 84.040-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.221.572

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1306982.pdf	13/03/2019 17:25:38		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_inst1.pdf	13/03/2019 17:20:51	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	12/03/2019 23:50:47	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito
Outros	CV_pesqresponsavel.pdf	12/03/2019 22:55:02	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SAMUEL_CEP.docx	08/03/2019 20:27:31	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	08/03/2019 20:16:50	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	28/02/2019 00:19:43	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	28/02/2019 00:19:09	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	28/02/2019 00:17:17	MARCIO DENIS MEDEIROS MASCARENHAS	Aceito

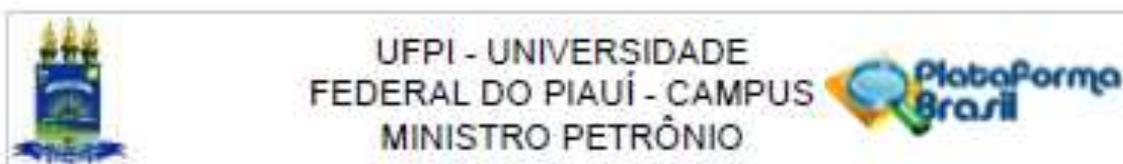
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
 Bairro: Ininga CEP: 64.040-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.221.572

TERESINA, 25 de Março de 2019

Assinado por:
Marta do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
Bairro: Ininga CEP: 64.040-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
 C.N.P.J: 06.554.810/0005-08
 AV. PRESIDENTE VARGAS, S/N – CENTRO
 CEP: 64430-000 SÃO PEDRO DO PIAUÍ
 FONE: (86) 3280-1549

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **ANA LOURDES LÚCIO RIBEIRO DE AQUINO**, Secretária Municipal de Saúde de São Pedro do Piauí - PI, autorizo a realização da pesquisa intitulada: **VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO ENTRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Que tem como Objetivo Geral: Analisar a prevalência de VPI entre usuárias da Atenção Primária à Saúde (APS) e fatores associados. Objetivos Específicos: Descrever os aspectos sociodemográficos das participantes do estudo; Estimar a prevalência de VPI no município de São Pedro do Piauí-PI; Caracterizar a VPI segundo tipo, local de ocorrência e o agressor entre usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí-PI; Identificar fatores associados à VPI entre usuárias da APS no município de São Pedro do Piauí-PI. Sobre Responsabilidade do Enfermeiro e Pesquisador **SAMUEL MOURA CARVALHO** nas Unidades Básicas de Saúde de São Pedro do Piauí - PI.

São Pedro do Piauí - PI, 13 de março de 2019

Ana Lourdes Lúcio R. de Aquino
 Secretária de Saúde
 CPF: 997.467.783-15

 Ana Lourdes Lúcio Ribeiro de Aquino
 Secretária Municipal de Saúde de São Pedro do Piauí – PI