



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO
ACADÊMICO**

LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO
ÍNTIMO E FATORES ASSOCIADOS**

**TERESINA-PI
2016**

LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO
ÍNTIMO E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado Acadêmico, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Área de concentração: A Enfermagem no contexto social brasileiro
Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

**TERESINA
2016**

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

L732a Lima, Larissa Alves de Araújo.
Análise da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e fatores associados / Larissa Alves de Araújo Lima. -- Teresina, 2016.
85 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
"Orientadora: Profª. Drª. Claudete Ferreira de Souza Monteiro."
Bibliografia

1. Violência contra a mulher. 2. Maus-tratos conjugais. 3. Políticas públicas. - Mulheres. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 362.8292

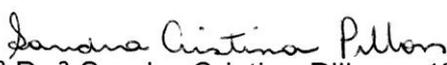
LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRA PELO PARCEIRO
ÍNTIMO E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado Acadêmico, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 18 de Novembro de 2016.


Prof.^a Dr.^a Claudete Ferreira de Souza Monteiro - Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI


Prof.^a Dr.^a Sandra Cristina Pillon – 1^a Examinadora
Universidade de São Paulo – EERP/USP


Prof.^a Dr.^a Márcia Astrês Fernandes – 2^a Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI


Prof.^a Dr.^a Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes – Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

A Deus, meu refúgio e minha fortaleza.
Aos meus pais, Fausto e Vânia, e às
minhas madrinhas, Genyra e Geny Lima,
razões da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema, causa primária de todas as coisas, pelo dom da vida, pela benção diária e pela oportunidade de crescimento profissional. “Meu Refúgio, minha fortaleza, meu Deus, eu confio em ti” (SALMO 91).

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, pelo incentivo à pesquisa e pela possibilidade de qualificação profissional.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro ao macroprojeto, intitulado: “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, obtido por meio do Edital MCTI/CNPq/Universal 14/2014, Processo: 443107/2014-9.

À Prof.^a Dr.^a Claudete Ferreira de Souza Monteiro, pela orientação atenciosa, dedicada, ética e competente. Pela confiança depositada em mim e pelas oportunidades que me permitiram amadurecer na pesquisa, pessoal e profissionalmente, desde a graduação, quando fui sua PIBIC – CNPq, orientanda de TCC e, hoje, orientanda da dissertação. Admiro-a e tenho orgulho de tê-la como orientadora. Obrigada por tudo!

Ao doutorando Fernando Guedes, por todo apoio, incentivo e motivação. Você é um amigo-irmão, minha inspiração e exemplo de perseverança, competência e determinação. Muito obrigada por tudo, minha admiração e amor por você são enormes.

Às professoras examinadoras: Dr.^a Sandra Cristina Pillon, Dr.^a Márcia Astrês Fernandes e Dr.^a Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, pelas contribuições e pelo cuidado que dispensaram na leitura e nas observações pertinentes e valiosas.

Ao Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM), pela dedicação que dispensou à realização da coleta de dados, em especial, aos alunos de PIBIC, José Diego Marques dos Santos e Jordana Ferreira Soares (*in memoriam*), e ao mestrando Caique Veloso, com os quais compartilhei, com maior frequência, importantes momentos de discussão e de aprendizagens sobre os temas estudados.

Às mulheres participantes deste estudo, pela confiança, disponibilidade rica contribuição.

Aos professores, ao corpo técnico-administrativo e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFPI, pelos conhecimentos compartilhados, pelo apoio, pela amizade e pela afetuosa prontidão com que sempre me atenderam.

Aos meus pais, Fausto Luiz Barbosa Lima e Vânia Lúcia Alves de Araújo Lima, meus maiores formadores, cujos ensinamentos e exemplos foram essenciais para a construção do que sou. Obrigada pelo apoio diário, por ser meu porto seguro em todos os momentos, inclusive naqueles de medo e ansiedade. Faço tudo por vocês e para vocês.

À minha irmã, Lays Alves de Araújo Lima, amiga de todas as horas, que sempre me apoia, confia e acredita nos meus projetos.

Ao meu afilhado, João Marcelo Cavalcante Araújo, e ao meu sobrinho Eric Mateus Cavalcante Araújo, presentes de Deus e donos dos melhores sorrisos, os quais, muitas vezes, motivaram-me a continuar.

Ao meu namorado, amigo e afilhado, João Pedro Fontinele Lima, por seu companheirismo, pelo apoio, pelo incentivo e pela paciência diária. Amo você, meu amor!

A todos os meus familiares, em nome das minhas madrinhas, Geny e Genyra Barbosa Lima, por acreditarem em mim, me incentivarem e me apoiarem em meus sonhos.

A todos os meus amigos, que sempre se preocuparam em dizer uma palavra de motivação, em especial, à minha prima Prof.^a Ma. Marcia Adriana Lima de Oliveira, e à minha amiga, enfermeira Francélia Alves Cavalcante, que leram incansavelmente minhas escritas e compartilharam minhas aflições.

Aos queridos amigos da IX Turma de Mestrado em Enfermagem da UFPI pelo convívio harmonioso, pelas contribuições e aprendizagens, pelos incentivos, pela motivação, pelo carinho e pela união com que conduzimos esses dois anos. Muito obrigada.

“Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas. Pessoas
transformam o mundo”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos, desrespeito a dignidade da mulher, além de ser um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** Analisar a violência contra a mulher, perpetrada pelo parceiro íntimo. **Metodologia:** Pesquisa descritiva e de corte transversal, desenvolvida com 369 mulheres de 20 a 59 anos, atendidas em Consultas de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde de Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário contendo caracterização sociodemográfica e pela *Revised Conflict Tactics Scales*. Para análise dos dados, utilizou-se o *Software Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0 e foram realizadas estatísticas descritivas, teste de normalidade, *Kolmogorov-Smirnov*, comprovando-se um padrão de distribuição assimétrico, logo, para comparar médias, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Para verificar associação, utilizou-se o teste do qui-quadrado. As variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística (*Odds Ratio* ajustado). Para todas as demais análises foi mantido o nível de significância de $p \leq 0,05$ e o intervalo de confiança foi fixado em 95%. Foram obedecidos todos os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde. **Resultados:** A maioria da amostra encontrava-se na faixa etária de 20 a 39 anos, pardas, casadas/união estável, católicas e escolarizadas. Quanto às condições de saúde, verificou-se que 30,1% procuram os serviços de saúde pelo menos uma vez/mês para realização de consultas de rotina (35,3%) e exame de prevenção (32,8%). A prevalência da violência perpetrada pelo parceiro íntimo contra a mulher encontrada foi de 65,3%, e dentre a natureza das ações violentas, houve prevalência da psicológica (93,4%). Associado à violência por parceiro íntimo encontrou-se ter frequentado ou não a escola ($p=0,02$), e religião ($p<0,01$). Encontrou-se, ainda, que mulheres casadas/união estável possuem 1,9 vezes mais chances de sofrerem violência por parceiro íntimo e aquelas que não frequentaram a escola possuem 20,1 vezes mais chances de sofrerem violência. As de religião católica possuem 1,7 vezes mais chances que as evangélicas de serem vítimas desse tipo de violência. **Conclusão:** Os resultados apontaram uma prevalência expressiva de mulheres que sofrem violência perpetrada pelo parceiro íntimo associada a baixa escolaridade, serem adeptas de uma religião, possuírem um companheiro e sofrem mais aborto.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Maus-tratos conjugais. Violência por parceiro íntimo. Mulheres agredidas. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: The women's violence constitutes a violation of human rights and disregards of the dignity of women, so it is a serious public health problem.

Objective: To analyze violence against women perpetrated by an intimate partner.

Methodology: This is a descriptive and cross-sectional study developed with 369 women with 20-59 years old who attended nursing consultations in the Basic Health Units of Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano and Bom Jesus. The data collection was conducted through a questionnaire containing sociodemographic and Revised Conflict Tactics Scales. After that, it was used the software Statistical Package for the Social Sciences, version 20.0 for data analysis, in addition, it was conducted descriptive statistics by the normality test, Kolmogorov-Smirnov, resulting in an asymmetric distribution standard. Then, to compare averages it was used the Mann-Whitney test. The chi-square test was used to verify association. The variables with $p \leq 0.20$ were subjected to multivariate logistic regression model (adjusted Odds Ratio). For all other analyzes it was maintained significance level of $p \leq 0.05$ and the confidence interval was set at 95%. They followed all the principles of Resolution 466/12 of the National Council on Health. **Results:** most of the sample was in the age group 20-39 years old, brown, married / common-law marriage, Catholic and educated. About health conditions, it was found that 30.1% seek health services at least once / month for performing routine queries (35.3%) and take prevention (32.8%). The prevalence of violence perpetrated by intimate partners against women found was 65.3%, and between the reason of violent acts has prevalence of Psychological (93.4%). Intimate partner violence found to have attended school or not ($p = 0.02$), and religion ($p < 0.01$). It was found also that married women / stable have 1.9 times more likely to suffer intimate partner violence and those who did not attend school have 20.1 times more likely to suffer violence. The Roman Catholics have 1.7 times more likely that evangelical from being victims of such violence. **Conclusion:** The results showed a significant prevalence of women who suffer violence by an intimate partner associated with low education and to be adepts of a religion, have a partner and suffer more abortion.

Keywords: Violence against women. Married abuse. Intimate partner violence. Battered women. Public Politics.

RESUMEN

Introducción: La violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos, falta de respeto a la dignidad de la mujer, además de ser un problema grave de salud pública. **Objetivo:** analizar la violencia contra la mujer perpetrada por la pareja íntima. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo y transversal. Desarrollado con 369 mujeres de 20 a 59 años, que tenían asistencia en las consultas de enfermería en las unidades básicas de salud de Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus. Los datos se recogieron mediante un cuestionario que contiene la caracterización demográfica y social, también la Revised Conflict Tactics Scales. Para el análisis de datos, se utilizó el Software Statistical Package for the Social Science, versión 20.0 y eran llevados a cabo estadísticas descriptivas, prueba de normalidad, Kolmogorov-Smirnov, con la prueba de un patrón de distribución asimétrica, luego para comparar medias se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Para comprobar la Asociación utilizó el test Chi-cuadrado. Las variables con $p \leq 0.20$ fueron sometidas al modelo de regresión logística multivariante (Odds Ratio ajustada). Para todos los otros análisis se mantuvo un nivel de significación de $p \leq 0.05$ y el intervalo de confianza estaba fijado en 95%. Fueron seguidos todos los principios de la resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud. **Resultados:** la mayoría de la muestra estaba en el grupo de edad de 20 a 39 años, marrones, casadas/unión estable, religión Católica y con escolaridad. Sobre las condiciones de salud, 30.1% buscan los servicios de salud al menos una vez/mes para consultas rutinarias (35,3%) y exame de prevención (32,8%). La prevalencia de violencia perpetrada por pareja íntima contra las mujeres fue de 65,3%, y cuanto a la naturaleza de las acciones violentas, hubo predominio de psicológica (93,4%). Asociado con la violencia por pareja íntima se encontró la frecuencia en la escuela o no ($p = 0,02$) y la religión ($p < 0.01$). Se encontró que mujeres casadas/unión estable tienen 1,9 veces más probabilidad de sufrir violencia por pareja íntima y aquellos sin frecuencia en la escuela tienen 20,1 veces más probabilidad de sufrir violencia. Las mujeres de religión católica tienen 1,7 veces más probabilidades que las evangélicas para ser víctima de tal violencia. **Conclusión:** los resultados mostraron una prevalencia significativa de las mujeres que sufren violencia por pareja íntima asociada con baja escolaridad y ser adepto de una religión, tener un compañero y sufren más el aborto.

Palabras claves: Violencia contra la mujer. Maltrato conyugal. Violencia de pareja. Mujeres maltratadas. Políticas públicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Linha do tempo dos marcos e dos dispositivos legais para o enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil, de 1981 -2015. 23
- Figura 2** - Composição da rede de atenção às pessoas em situação de violência no Brasil. 2015. 30
- Quadro 1** - Cálculo da quantidade de Unidades Básicas de Saúde que participaram da pesquisa conforme cada município. Teresina, PI. 2015. 34
- Quadro 2** – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Teresina. Teresina, PI. 2015. 35
- Quadro 3** – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Parnaíba. Teresina, PI. 2015. 36
- Quadro 4** – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Picos. Teresina, PI. 2015. 36
- Quadro 5** – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Floriano. Teresina, PI. 2015. 37
- Quadro 6** – Distribuição das mulheres por estratificação do município de Bom Jesus. Teresina, PI. 2015. 37
- Figura 3** - Prevalência da violência contra a mulher, perpetrada pelo parceiro íntimo. Teresina, PI. 2016. (n=369) 46
- Figura 4** - Prevalência da natureza das ações de violência perpetrada pelo parceiro íntimo contra a mulher. Teresina, 2016. (n=241) 46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo as características socioeconômicas e demográficas. Teresina, PI. 2016. (n=369)	42
Tabela 2 - Condições de saúde das mulheres da amostra. Teresina, PI. 2016. (n=369)	44
Tabela 3 - Análise da diferença de ocorrência de VPI dentre as variáveis sociodemográficas numéricas do estudo. Teresina, PI. 2016. (n=369)	47
Tabela 4 - Análise bivariada das variáveis dependentes (sociodemográficas e condições de saúde) na variável independente, VPI contra a mulher. Teresina, PI. 2016. (n=369)	48
Tabela 5 - Análise multivariada da variável dependente VPI contra a mulher e demais variáveis independentes. Teresina, PI. 2016. (n=369)	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AB – Atenção Básica
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEDAW – *Committee on the Elimination of Discrimination against Women*
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPM – Conferência Nacional de Política para Mulheres
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS – Centro de Referência e Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSW – Comissão de *Status* da Mulher
CTS – *Revised Conflicts Tactics Scales*
DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ESF – Estratégia Saúde da Família
GEEVSM – Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML – Instituto Médico Legal
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
NASF- Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família
NUPREV – Núcleo de Prevenção social à Violência
OEA – Organização dos Estados Americanos
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificações
SPM – Secretaria de Políticas para Mulheres
SPSS – *Software Statistical Package for the Social Science*
SUS- Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
US – Unidade de Saúde
UFPI – Universidade Federal do Piauí
VPI – Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	18
2.1	Marcos e dispositivos legais para enfrentamento da violência contra a mulher	18
2.2	Magnitude e Fatores associados à Violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo	24
2.3	Conceito e Prevalência da natureza dos atos violentos perpetrados pelo parceiro íntimo	26
2.4	A problemática da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e a articulação da rede de atenção à saúde	28
3	METODOLOGIA	33
3.1	Amostra	33
3.2	Coleta de dados	38
3.2.1	<i>Revised Conflict Tactics Scales 2</i>	38
3.3	Análise de dados	40
3.4	Aspectos éticos e legais	40
4	RESULTADOS	42
4.1	Caracterização da amostra quanto aos dados socioeconômicos, demográficos e condições de saúde.	42
4.2	Prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e da natureza das ações.	45
4.3	Violência contra a mulher, impingida por parceiro íntimo e sua associação com os dados socioeconômicos, demográficos e condições de saúde.	47
5	DISCUSSÃO	51
6	CONCLUSÃO	58
	REFERÊNCIAS	60
	APENDICE	
	ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma realidade oriunda de questões sociais, históricas e culturais. Constitui uma das formas de violação dos direitos humanos, de desrespeito à dignidade da mulher, além de ser um grave problema de saúde pública, visto que onera custos sociais, de segurança e de saúde para os cofres públicos (SANTOS *et al.*, 2014).

Essa concepção é definida pela Lei 11.340 de 2006, como: “[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006).

Dentre os tipos previstos no conceito estabelecido pela referida lei, existe um perpetrado pelo parceiro íntimo (VPI), definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012, p. 11) como um “[...] comportamento, dentro de uma relação íntima, que causa dano físico, sexual ou psicológico, e comportamentos controladores [...]”, os quais acontecem, principalmente e de forma mais frequente, em situações de divergências, de brigas e de conflitos entre os casais.

A OMS (2012) afirma que o número de casos notificados nas unidades de saúde e nas de polícia é pequeno quando comparado aos autorrelatos e às pesquisas realizadas. No mundo, observou-se que os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento apresentam maior prevalência de VPI, nos quais a Etiópia ocupa o primeiro lugar, com 70,9% de casos; seguida pelo Peru, com 69%, e por Bangladesh, com 61,7%. O Brasil ocupa o 11º lugar nesse estudo, e o Japão, país com os melhores índices de educação e escolaridade, ocupa a última posição no *ranking*.

No Brasil, por meio do Ligue 180, em 2013, foram identificadas 52.957 ligações espontâneas sobre violência contra a mulher. Dessas, 80% correspondiam a VPI (SPM, 2014). Corroborando esses achados, o estudo desenvolvido por Mathias *et al.* (2013), em São Paulo, uma metrópole brasileira na região Sudeste do país, encontrou a prevalência de 55,7% de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo.

Observa-se ainda que, no Brasil, a VPI é o tipo mais frequente de violência praticado contra a mulher. O estudo de Albuquerque *et al.* (2013), realizado em uma capital do Nordeste com 860 mulheres, mostrou que 63% sofreram algum tipo de

violência e mais da metade, 39%, cometidos pelo companheiro. No Piauí, outro estado da região Nordeste, pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2014, foram notificados 129 casos de mulheres adultas (20 a 59 anos) que sofreram violência perpetrada pelo parceiro ou ex-parceiro (BRASIL, 2014).

Diante dessas altas prevalências, em Fortaleza – CE, encontrou-se alguns fatores associados a essa prática, dentre os quais: possuir filhos de outro casamento; apresentar recidivas de agressão sem registros de denúncia junto à delegacia; ter até dois filhos com o denunciado; estar em ambiente não residencial; e o agressor estar sob o efeito de álcool e/ou drogas ilícitas (GAMA *et al.*, 2014).

Diniz *et al.* (2011) e Johri *et al.* (2011) colocam que a gravidez indesejada e o aborto espontâneo ou provocado também são fatores associados à prática da violência contra a mulher. Koski *et al.* (2011) apresentam, como fator associado, a baixa adesão das gestantes ao pré-natal.

A influência da sociedade, a cultura e o grau de instrução dos agressores e das vítimas também estão atrelados a este problema. Estudo realizado na capital de Santa Catarina, com homens e mulheres, afirma que as mulheres estão mais vulneráveis à violência, principalmente a física grave, e esse fato está relacionado a uma menor renda e escolaridade das mulheres (LINDER *et al.*, 2015). Vieira, Perdona e Santos (2011) realizaram um estudo com 504 mulheres em São Paulo, e encontraram que ausência de casa própria, a escolaridade de até oito anos, a tentativa de manter o poder e o controle masculino contra as mulheres, a identidade de chefe da família são elementos que estão associados à violência praticada pelo parceiro contra a mulher.

Com base no conhecimento desses fatores que estão associados à agressão contra as mulheres, os profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica devem estar preparados para, nas consultas, identificar os casos de violência, prestar assistência e orientar sobre o funcionamento da rede intra e intersectorial que existe com o objetivo de protegê-las, além disso, esse conhecimento auxilia na elaboração das estratégias de prevenção da violência e de promoção à saúde dessas mulheres (QUEIROZ *et al.*, 2014). Ressalta-se que os casos de mulheres atendidas por violência, em serviços públicos ou privados, devem

ser notificados compulsoriamente, segundo a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003).

Diante do contexto apresentado, este estudo tem como questão de pesquisa: Qual a prevalência, no Piauí, de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e quais fatores estão associados?

Para responder a esta indagação, elaborou-se o seguinte objetivo geral: analisar a violência contra a mulher, no Piauí, perpetrada pelo parceiro íntimo. E como objetivos específicos: caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos e econômicos e às condições de saúde; estimar a prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e a natureza das ações, a partir da *Revised Conflicts Tactics Scales*²; verificar a associação da violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo com os dados socioeconômicos e demográficos, como também com suas condições de saúde.

A realização deste estudo justifica-se pela aproximação da mestranda com a temática da violência contra a mulher, especialmente aquela perpetrada pelo parceiro íntimo, a partir das discussões e dos eventos no Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) da Universidade Federal do Piauí (UFPI). No sentido de ampliar os conhecimentos nessa temática, a mestranda participou, em 2015, do Curso de Atenção a Homens e Mulheres em situação de violência por parceiros íntimos, ofertado pela Universidade Federal de Santa Catarina por educação a distância. Essa oportunidade possibilitou a ampliação das concepções acerca das abordagens em rede, das tipologias e das políticas que envolvem este tema.

Justifica-se, ainda, pelas proporções que a prática de violência cometida pelo parceiro íntimo alcançou, sendo a mais prevalente entre as violências de gênero. Destaca-se, ainda, a subnotificação e a negligência dos profissionais diante dos referidos casos. Logo, espera-se também fornecer subsídios para elaboração de políticas públicas voltadas para a prevenção e para a assistência de qualidade e humanizada.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Marcos e dispositivos legais para enfrentamento da violência contra a mulher

A violência contra a mulher acontece em todos os países, atinge diferentes raças e culturas. MacDonald (2013) explica que esse fato ocorre porque esse tipo de violência tem raízes na discriminação, na visão de que a mulher é frágil e submissa ao homem. Ao longo da história, essa problemática foi camuflada pela sociedade e interpretada como uma situação familiar, na qual apenas a família era protagonista de sua resolução.

Santos e Oliveira (2010) também afirmam que é histórica a apropriação do homem à política, ao poder de escolha e à visibilidade social no exercício das atividades profissionais, processo que resultou nas relações de dominação, de violência e de violação dos direitos humanos contra a mulher.

O primeiro passo para a mudança desse cenário deu-se, internacionalmente, na França, no século XIX, com a Revolução Francesa, quando as mulheres começaram a trabalhar fora de casa, apesar de os direitos sociais e o lazer continuarem subordinados aos desejos do marido (OLIVEIRA, 2012).

No século XX, porém, as mulheres passam a posicionar-se contra todo e qualquer tipo de discriminação. Fato marcante aconteceu em Nova York, nos Estados Unidos, onde as operárias de uma fábrica de tecidos aderiram a uma greve em prol de melhores condições de trabalho, de redução da carga horária e de salários equiparados aos dos homens, uma vez que elas recebiam apenas um terço do salário pago ao gênero masculino. A manifestação, porém, foi reprimida com o encarceramento e incêndio das mulheres que estavam dentro da fábrica, o que ocasionou a morte de aproximadamente 130 tecelãs carbonizadas. Em homenagem a elas, em 1910, durante uma conferência na Dinamarca, o dia 8 de março passou a ser considerado o Dia Internacional das Mulheres, entretanto, somente em 1975 a data foi oficializada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2015).

No cenário mundial, após anos de lutas, em 1946, a ONU criou a Comissão de *Status* da Mulher (CSW) com a função de promover o direito das mulheres nas áreas política, social e educacional. Em 1979, realizou-se a Convenção sobre todas

as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW), a qual foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas. A Convenção foi resultado do movimento feminista internacional que visava a condenação da discriminação contra a mulher em todas as suas formas e manifestações (SANTOS; MARQUES, 2014).

O Estado brasileiro ratificou a Convenção da Mulher, em 1984, e passou a compartilhar da defesa dos direitos da mulher, de forma mais efetiva, com a implantação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), em 1985. Esses dispositivos foram importantes, visto que o Estado passa a privilegiar as ações de justiça e de segurança pública direcionadas à temática em pauta (SANTOS; IZUMINO, 2014). Desde então, vêm sendo criados alguns mecanismos de fortalecimento das políticas de enfrentamento à violência contra a mulher.

Mudanças sociais brasileiras, no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, tornaram-se efetivas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que alterou, entre outras questões, a palavra cidadão, a qual fazia referência apenas ao “homem”, passando a incluir também as mulheres. Com isso, ressalta-se a importância da mudança de paradigmas no sentido de possibilitar a igualdade de gênero, com o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos (SANTOS, 2015).

Porém, o peso do patriarcalismo manteve a situação, e, somente em 2003, o governo brasileiro criou a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) com o objetivo de promover a igualdade entre gêneros e de combater todas as formas de violência, preconceito e discriminação. A SPM atua em três linhas principais: Políticas do Trabalho e da Autonomia Econômica das Mulheres; Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; e Programas e Ações nas áreas de Saúde, Educação, Cultura, Participação Política, Igualdade de Gênero e Diversidade (BRASIL, 2015).

A partir da criação da SPM, houve maior realização de eventos e de medidas para combater a violência contra a mulher. Dentre esses, destaca-se a criação da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I CNPM), em julho de 2004, a qual reuniu cerca de 120 mil mulheres que, após debates, apresentaram as propostas para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Duque Brasil e Reis (2015) destacam que as conferências são de fundamental importância para a inclusão política das mulheres, porém, afirmam que suas resoluções não têm

afetado de forma sistemática as políticas públicas em Belo Horizonte, onde o estudo foi realizado.

Em 2005, foi criado o PNPM, o qual se orientou pelos seguintes pontos fundamentais: igualdade e respeito à diversidade, à equidade e à autonomia das mulheres, à universalidade das políticas, à laicidade do Estado, à justiça social, à transparência dos atos públicos, à participação e ao controle social. As ações prioritárias do Plano foram organizadas em quatro linhas de atuação: autonomia, igualdade no mundo e no trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos; e enfrentamento à violência contra a mulher. Essas linhas de ação foram consideradas como as mais urgentes e prioritárias para garantir o direito a uma vida melhor e mais digna a todas as mulheres (OSIS; PÁDUA; FAUNDES, 2013).

Outro marco importante ao enfrentamento da violência contra a mulher ocorreu com a criação da Lei nº. 11.340/2006, intitulada “Lei Maria da Penha”. Essa denominação justifica-se, pois, esta mulher, Maria da Penha, juntamente com o Comitê Latino-Americano de defesa dos direitos da mulher, formalizaram uma denúncia à Comissão Interamericana dos Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) contra o respectivo marido pelas duas tentativas seguidas de homicídio. A partir de então, esse caso repercutiu dentro e fora do Brasil, pressionando, assim, o Governo brasileiro a tomar providências. A fim de resolver essa problemática, formou-se um grupo de trabalho, com membros de diversos ministérios do Governo, que elaborou um projeto de lei e encaminhou ao Congresso Nacional, levando a Lei Maria da Penha a, finalmente, vigorar em 7 de agosto de 2006 (ALEIXO; SARTORI, 2010).

Essa lei buscou criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dentre os quais: a punição aos agressores e o estabelecimento da criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, além de alterar o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, bem como a criação das casas-abrigos que recebem as mulheres em situação de risco ou de violência doméstica (BRASIL, 2006).

Ainda em 2006, foi criada a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, que é um serviço ofertado pela SPM com os objetivos de receber denúncias ou relatos de violência, reclamações sobre os serviços da rede; e de orientar as mulheres

sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, encaminhando-as para os serviços, quando necessário. As políticas elaboradas, os ajustes legais e os planos desenvolvidos com foco na violência contra a mulher constituíram positivamente no enfrentamento à referida causa, todavia, continuam sendo pouco reconhecidas pela sociedade, que poderia fazer melhor uso delas (LIMA; DESLANDES, 2014).

Para complementar as ações de combate à violência, aconteceu, em 2007, a II CNPM, na qual foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher como parte da Agenda Social do Governo Federal. Esse pacto consiste em um acordo entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal do Brasil – para o planejamento de ações que ratifiquem as políticas públicas para enfrentamento à violência contra as mulheres. Nesse sentido, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar, bem como do seu funcionamento de forma integrada, em rede (SILVA *et al.*, 2014).

Logo, a SPM estabeleceu que todos esses dispositivos deveriam trabalhar em rede, porém, foi necessária a criação das diretrizes da Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, em 2011, para que, de fato, fossem conhecidas e utilizadas. A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres é definida como a atuação articulada entre as instituições e os serviços governamentais e não governamentais, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos; à responsabilização dos agressores; e à assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Essas diretrizes têm por objetivo elencar todos os elementos da Rede, bem como suas funções para que sejam mais bem utilizados (GOMES *et al.*, 2012).

Ainda em 2011, de 13 a 15 de setembro, ocorreu a III CNPM, que, entre outros temas, abordou a violência contra a mulher, na qual foram expostas como metas para os próximos anos: reformar e construir serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência; capacitar os profissionais das áreas de segurança pública, saúde, educação, assistência social, justiça e demais áreas da rede de atendimento; e ampliar os atendimentos válidos no Ligue 180, dentre outras ações importantes que ligam o Estado aos ensejos da população (DUQUE BRASIL; REIS, 2015).

Em 2012, as pesquisas mostraram que as mulheres faziam a denúncia contra o agressor, mas desistiam, pois acreditavam, na maioria das vezes, no arrependimento do companheiro, o qual, em seguida, voltava a praticar as mesmas agressões. Diante disso, foi estabelecida a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4424/2012 que conferiu natureza pública e incondicionada à ação penal fundada na 11.340/2006 (Lei Maria da Penha). Dessa forma, os processos postulados pelas mulheres, após a denúncia contra o companheiro por agressão com base na Lei Maria da Penha, ficam sob a responsabilidade do Ministério Público, sendo que elas não poderão mais desistir da ação (BRASIL, 2012).

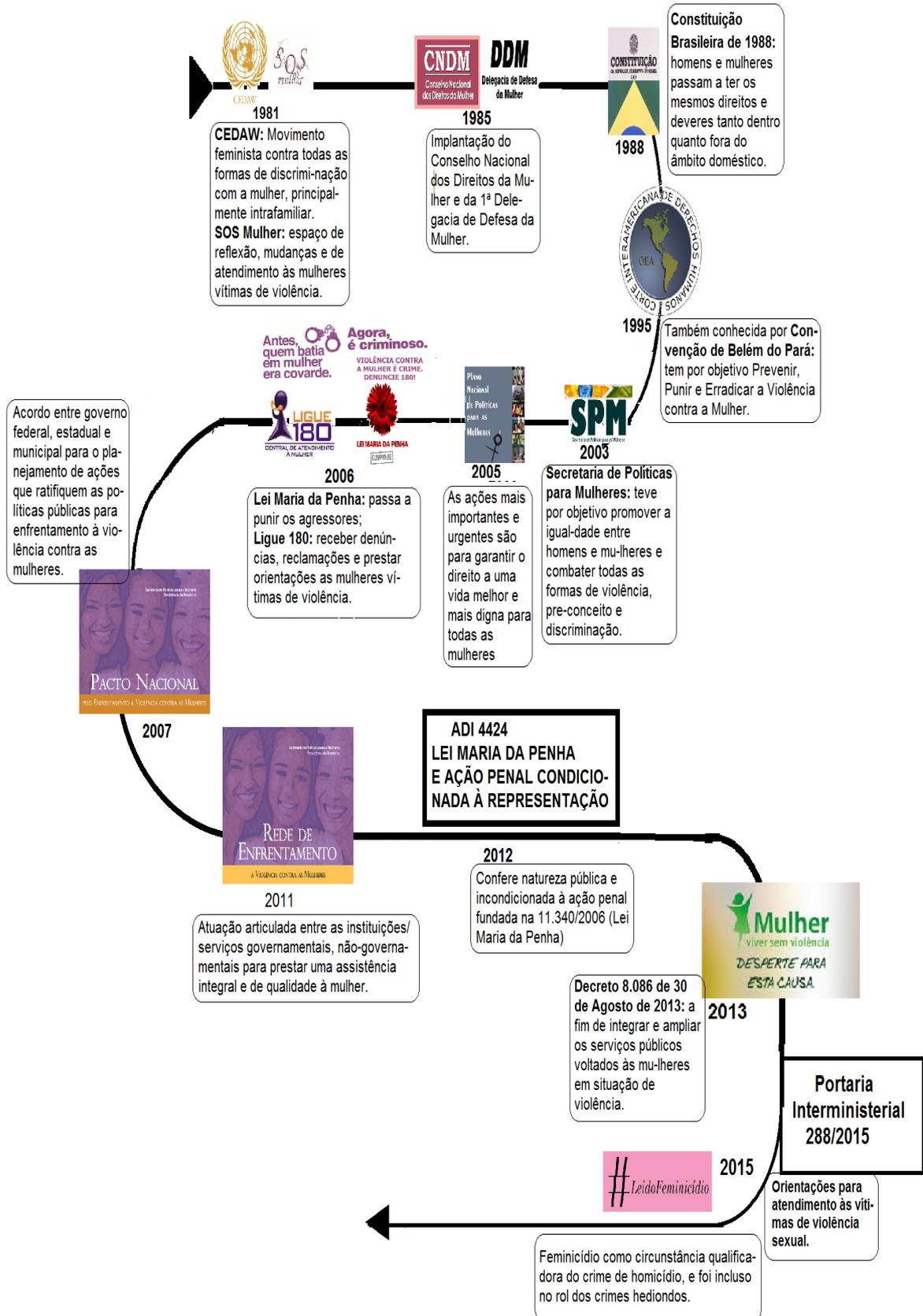
Em 2007, com o objetivo de integrar e de ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira, criou-se o Programa Mulher: viver sem violência (VIVA), por meio do Decreto 8.086, de 30 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013).

Para dar reforço ao combate à violência sexual contra a mulher, em março de 2015, foi lançada a Portaria Interministerial n. 288/2015, a qual orienta sobre a humanização no atendimento e sobre o registro de informações no atendimento às vítimas de violência sexual, realizado pelos profissionais de segurança pública e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONASS, 2015). Ainda em março de 2015, criou-se a Lei 11.340/2015, a qual prevê “[...] o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e incluí-lo no rol dos crimes hediondos” (BRASIL, 2015).

Todos estes mecanismos contribuíram de forma significativa para o combate à violência contra a mulher, visto que tornaram esse problema mais visível, viabilizando, cada vez mais, o empoderamento das mulheres para que possam sair dessa situação. Porém, apesar dos avanços mencionados, destaca-se que a violência contra a mulher ainda persiste até os dias atuais e faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas que permitam melhor assistência de saúde às vítimas e uma rede funcionando de forma eficiente.

Para melhor compreensão de tudo que foi abordado até aqui, elaborou-se esta linha do tempo abaixo (FIGURA 1).

Figura 1 - Linha do tempo dos marcos e dispositivos legais para o enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil, de 1981-2015



Fonte: Pesquisa Direta.

2.2 Magnitude e Fatores associados à violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo

A violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo caracteriza-se como um grave problema de saúde pública, visto que as vítimas apresentam maior vulnerabilidade social, estresse pós-traumático, depressão, e podem evoluir até a suicídio. Ademais, é considerada, também, como um problema de segurança e de política pública, já que exige maior investimento em segurança e na elaboração de políticas que previnam, atendam e resolvam as necessidades dessas mulheres (MacDONALD, 2013).

A violência perpetrada pelo parceiro íntimo acomete mulheres no mundo todo. Estudo multicêntrico realizado pela OMS concluiu que 10 a 69% de mulheres em idade jovem-adulta (15-49 anos) sofrem ou já sofreram abuso físico praticado pelo parceiro íntimo alguma vez na vida. Esse estudo mostrou que a violência ocorre, também, em casais homossexuais, e que esse fato exige maior atenção por parte das autoridades e dos profissionais, visto que as pessoas violentadas por parceiras do mesmo sexo podem não procurar ajuda por medo da discriminação (OMS, 2012).

Estudos realizados no Brasil mostram que a prevalência de violência contra a mulher cometida pelo parceiro também é bastante elevada. Mathias *et al.* (2013), por exemplo, pesquisou no estado de São Paulo, região Sul, com 2.379 mulheres, e encontrou que 55,7% foram vítimas de violência perpetrada pelo parceiro íntimo. Outro estudo realizado na região Nordeste, em Paraíba, com uma amostra de 86 mulheres, verificou que, desse total, 63% haviam sido vítimas de violência, e, dessas, 39% foram perpetradas pelo companheiro (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Leite *et al.* (2014) analisou 7.478 boletins de ocorrência da Polícia Civil de algumas cidades de Minas Gerais, identificando, no referido estudo, que a maioria de todos os tipos de violência contra a mulher foi cometida pelo companheiro. Este estudo mostra quão severa é essa situação, visto que a cultura de dominação masculina ainda prevalece nas brigas dos casais, colocando a mulher em situação de vulnerabilidade.

Em 2015, um dado divulgado no mapa da violência chama atenção em razão dos altos índices de feminicídios praticados no país, correspondendo à taxa de 4,8 a cada 100.000 mulheres, levando o Brasil a ocupar a 5ª posição em um grupo de 83

países. Quanto às regiões, encontrou-se que o Nordeste apresentou maior crescimento nas taxas de feminicídios, 79,3%; seguido pela região Norte, com 53,7%. Já nas regiões Sul e Centro-Oeste, as taxas foram de 9,1% e 4,6%, respectivamente (WAISELFISZ, 2015).

O aumento da taxa de feminicídio na década de 2003 a 2013, no Brasil, foi de 8,8%. O estado do Piauí apresentou uma taxa de 2,9%, ocupando a 26ª posição no *ranking* das unidades federativas do país, sendo que a capital, Teresina, apresentou uma taxa de 5,4%, ocupando, por sua vez, a 22ª posição. Destaca-se que a taxa de crescimento do número de casos, entre 2003 a 2013, foi de 34,5% no estado e de 65,1% na capital, o que permite conferir correspondência entre as referidas taxa (WAISELFISZ, 2015).

Dentre as consequências da violência perpetrada pelo parceiro íntimo contra a mulher, Dutra *et al.* (2013) destacam a quebra do vínculo social, caminho que leva a mulher ao isolamento, tornando-a frágil e vulnerável, o que favorece a aceitação da violência. Essas estudiosas também pesquisaram o perfil de nove mulheres vítimas dessa problemática na região metropolitana de São Paulo, em que todas eram adultas com idade entre 27 e 53 anos. A maioria tinha entre um a três filhos (apenas duas não possuíam filhos), apresentando, também, baixa escolaridade e dependência financeira em relação ao parceiro. Dentre as ocupações declaradas, destacaram-se: “do lar”, diaristas, estudantes, ou, simplesmente, designaram-se como autônomas.

Ainda sobre o perfil dessas mulheres, Linder *et al.* (2015) encontraram, na região Sul do Brasil, a partir da sua amostra de 2.016 pessoas, que mulheres de maior idade, viúvas ou separadas, pobres, pretas e menos escolarizadas registraram maior prevalência de violência. Na região Nordeste, em Fortaleza – CE, desenvolveu-se estudo a partir de inquéritos policiais nas delegacias especializadas, nos quais se evidenciou que a maioria das vítimas eram jovens (20 a 39 anos), com até oito anos de estudos e exercendo alguma atividade remunerada (GAMA *et al.*, 2014).

O estudo de Braz *et al.* (2012), no estado de Sergipe, ressalta que as mulheres, na maioria das vezes, não denunciam os parceiros em razão de sua dependência financeira, visto que não exercem qualquer atividade remunerada.

Todavia, constatou-se que mulheres independentes financeiramente submetem-se a esse tipo de violência por estarem sozinhas há muito tempo, as quais buscam encontrar nesse companheiro um possível parceiro, de trocas de ideias, e que, apesar dos abusos e das violências psicológicas, eles ainda podem vir a ser aquele parceiro que ela idealizou. Como justificativa para a aceitação da violência por mulheres independentes financeiramente dos maridos, também, encontrou-se a questão religiosa, a ideia de não destruir a família pelos filhos (PORTO; MALUSCHKE, 2014).

2.3 Conceito e prevalência da natureza dos atos violentos perpetrados pelo parceiro íntimo

As violências praticadas contra as mulheres possuem diferentes formas. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde classifica-as em física, psicológica, sexual e negligência ou abandono. A violência física é entendida como o uso da força que resulte em feridas, dor ou incapacidade e pode ser subclassificada em moderada – quando as agressões são: ameaças sem uso de armas; empurrões, tapas, beliscões, sem uso de quaisquer instrumentos perfurantes, cortantes ou que gerem contusões –; e a severa, composta por agressões físicas com lesões temporárias, ameaças com uso de arma, agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras (OMS, 2002).

A violência psicológica nomeia agressões verbais ou gestuais, as quais objetivam aterrorizar ou humilhar a vítima, ou ainda, isolá-la do convívio social. A violência sexual diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que ocorre na relação hétero ou homossexual e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais. E negligência ou abandono configura-se como o ato de não prestar cuidados ou atenção mínima (OMS, 2012).

No Brasil, a Lei Maria da Penha destaca, além dessas, a violência patrimonial e moral. A primeira pode ser entendida como qualquer ação de posse, dano, perda ou destruição parcial ou total dos pertences da mulher; e a segunda é definida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

Estudo internacional multicêntrico sobre a violência mostrou que 13 a 61% das mulheres de 49 anos sofreram, em algum momento da vida, violência física; e 6

a 59% violência, sexual, perpetrada pelo parceiro íntimo (OMS, 2012). Na Austrália, pesquisa produzida com uma amostra de 5.178 mulheres de 26 a 34 anos mostrou que 37,9% delas foram vítimas de VPI (DILLON *et al.*, 2016). No Brasil, o Ligue 180, que corresponde a um disque-denúncia de forma espontânea, detectou que, dos 52.957 casos de violência contra a mulher, 51,68% corresponderam a relatos de violência física; 31,81% de violência psicológica, 9,68%, violência moral; 2,86%, sexual; e 1,94%, patrimonial (SPM, 2014).

Na região Nordeste, alguns resultados são diferentes, com predominância da violência psicológica. Vieira *et al.* (2013) analisaram 939 fichas de notificação, no período de 2006 a 2008, em Fortaleza – Ceará, e encontraram que 85,7% sofreram violência psicológica ou moral; 74,9%, física; 18,2%, negligência/abandono; 13,3%, sexual; e 4%, patrimonial. Corroborando esse estudo, Gama *et al.* (2014) dicotomizaram a natureza da violência contra a mulher em física (violência física e sexual) e não física (violência psicológica, moral e/ou patrimonial), e na investigação de 402 Boletins de Ocorrência (BO) de mulheres de 20 a 59 anos, na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), demonstrou-se que 57,2% das denúncias eram por violência não física e 42,8% por violência física.

Outro estudo, realizado com 1.764 notificações de violência por meio Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, em Jataí, no estado de Goiás, registrou-se o predomínio da violência física com 70%; seguidas de 11,3% por negligência e abandono; 11%, psicológica e/ou moral; e 5%, sexual (ROCHA *et al.*, 2014).

Na região Sul do Brasil, em Santa Catarina, foi realizado uma pesquisa com 1.720 pessoas que tinha por objetivo investigar a associação de gêneros e violência física entre parceiros íntimos. Os resultados do estudo apontaram que as mulheres estão mais suscetíveis a sofrer violência física, independente de ser moderada ou severa. Quando analisada as associações, encontrou-se que não há diferença significativa, estatisticamente, quanto à prática da violência física moderada em homens e mulheres, porém, a violência física grave é mais praticada pelos parceiros contra suas companheiras (LINDER *et al.*, 2015).

Como fator associado à natureza da agressão, o estudo de Ferreira *et al.* (2015) destaca que as mulheres com histórico de violência física com seus parceiros, seja como autora ou como vítima, apresentaram sobrepeso ou obesidade,

destacando que a situação de agressão é um fator de risco para o desequilíbrio nutricional em mulheres.

Para a violência patrimonial, encontrou-se que o principal agressor também era o companheiro e envolvia a perda de bens, tanto de valor sentimental como material (PEREIRA *et al.*, 2013). Estudo aponta que a violência sexual, porém, é mais praticada por agressores desconhecidos, principalmente casos de estupro, no entanto, destaca-se que a violência sexual, apesar de possuir uma prevalência menor, também é praticada pelo parceiro íntimo (FACURI *et al.*, 2013).

As violências psicológica e física compõem as formas mais frequentes, apontadas pela literatura. Porém, a primeira pode ser identificada a partir de suas principais características, como a tristeza, a raiva e a depressão (VALE *et al.*, 2013). Esses dados são importantes para permitir que a equipe de Atenção Básica identifique essas mulheres e possa auxiliá-las no enfrentamento à violência.

2.4 A problemática da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e a articulação da rede de atenção à saúde

A atenção primária é a porta de entrada para acolher, atender e referenciar, se necessário, as mulheres vítimas de violência. Entretanto, as estatísticas comprovam, atualmente, que há subnotificação dos casos de violência, denotando a fragilidade dos profissionais em identificar, em lidar com essa temática e em saber encaminhar e articular os pacientes em rede. Além disso, as vítimas costumam sentir medo e/ou vergonha, fazendo com que não procurem os serviços de saúde (BAPTISTA *et al.*, 2015).

Atendimento em Rede significa atendimento ao paciente vítima de violência, ou seja, encaminhamento para o local especializado que ele necessite, em todos os níveis de complexidade, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência. Assim, os profissionais precisam conhecer as atribuições de todas as instituições e saber articular-se com estas para que haja o fortalecimento da rede e o atendimento eficaz a essa população (MENEZES *et al.*, 2014). Destaca-se que, mesmo em locais nos quais a rede não seja totalmente estruturada, é possível realizar o acompanhamento e o encaminhamento das pessoas em situação de violência, basta que os profissionais tenham conhecimento do funcionamento dos serviços.

A estruturação de uma Rede de Atenção a pessoas em situação de violência passa por seis principais ações, a saber: diagnóstico do território e dos serviços disponíveis; reconhecimento e clara definição do papel dos profissionais que atuam na rede; construção, articulação e pactuação de fluxos e das linhas de cuidado, obedecendo aos mecanismos de referência e contrarreferência; mecanismos formais (decretos e protocolos) que assegurem a manutenção da rede; sensibilização e capacitação permanente dos profissionais; e protocolos, guias, cartilhas, disponíveis para o aprendizado e a divulgação da rede para a população (MENDES, 2010).

Como manifestações clínicas para se identificar a violência, destaca-se: inflamações, contusões, hematomas em várias partes do corpo, lesões das mucosas oral, anal e vaginal, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), irritação, arranhões e edemas, infecções urinárias, vaginais e gravidez indesejada, dor pélvica e transtornos digestivos, dores de cabeça e dores musculares generalizadas. Entre os sintomas psicossomáticos, estão: a insônia, os pesadelos, a falta de concentração e a irritabilidade, caracterizando-se, nesses casos, a ocorrência de estresse pós-traumático (CARVALHO *et al.*, 2012).

É por todos esses sinais e sintomas e por complicações que eles possam desencadear, que os profissionais devem possuir habilidades e conhecimentos a fim de identificar, de diagnosticar a violência e saber para qual nível de atenção irá referenciar o paciente. Tal abordagem dependerá das necessidades da usuária e das características dos serviços e dos dispositivos em rede que lhe são oferecidos (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Os níveis de atendimento, divididos em rede intrasetorial, aquela que funciona entre os serviços de saúde, e a rede Intersetorial, as quais fazem parte da rede, mas funcionam fora da saúde, ou seja, correspondem a outros serviços, sejam eles de assistência social ou disponibilizados nas delegacias de polícia, os quais podem ser observados na Figura 2.

Figura 2 – Composição da rede de atenção às pessoas em situação de violência no Brasil. 2015.



Fonte: Adaptações de Oliveira; Delziovo; Lacerda, 2014.

A rede Intrasetorial consiste nas equipes de saúde que pertencem à Atenção primária: Estratégias de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviços de Saúde Mental, Urgência e Emergência, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e os Núcleos de Prevenção Social à Violência (NUPREV) (OLIVEIRA; DELZIOVO; LACERDA, 2014).

As ESFs e os locais de atendimento de urgência e de emergência são a porta de entrada das vítimas que procuram o serviço de saúde pelas consequências causadas pela violência, se forem consequências graves. Em casos de agressões de menor intensidade, as mulheres devem ser encaminhadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem, antes de medicar as mulheres, procurar conhecer a história de vida e abordar de forma cuidadosa o assunto com a paciente, bem como realizar a notificação em todos os casos de violência. Afirmam também que é de fundamental importância que os profissionais da ESF atuem de forma integrada com os Serviços de Saúde Mental, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e/ou CAPS, pois a vítima necessita de acompanhamento psicológico (CORDEIRO *et al.*, 2015).

Alguns estados do Brasil contam com os Núcleos de Prevenção Social à Violência (NUPREVS), os quais foram instituídos pela Secretaria de Defesa Social, por meio da Portaria nº 651, de 05 de março de 2009, no Estado do Pernambuco. Esses núcleos têm por objetivo promover o fortalecimento dos programas de prevenção social, além de articular e mobilizar os diversos segmentos da sociedade para atuar na prevenção e no enfrentamento da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos (PERNAMBUCO, 2009). O Piauí não possui NUPREV.

Já a rede Intersetorial diz respeito àqueles serviços especializados: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Polícia Militar, Delegacia de Polícia, Instituto Médico Legal (IML), Ministério Público, Defensoria Pública, Poder Judiciário, Casa-Abrigo, Centros de Referência e Sociedade Civil Organizada (OLIVEIRA; DELZIOVO; LACERDA, 2014).

Todos eles servem para dar apoio às vítimas, seja para garantir a proteção, os direitos e a dignidade, ou para garantir a moradia, como é o caso da Casa-Abrigo. Esta se constitui como espaço previsto na Lei Maria da Penha, com o objetivo de oferecer guarida às mulheres de condições financeiras desfavoráveis e que estejam em condição de violência (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a estrutura prevista nas leis e nas políticas de enfrentamento à violência contra a mulher, juntamente com um atendimento de qualidade por parte dos profissionais, permitirá melhoria na assistência, bem como a elaboração de ações preventivas eficazes, o que resultará na redução dos índices de agressão contra a mulher. Porém, é importante frisar que estruturar rede de atenção a pessoas em situação de violência é um processo contínuo e permanente de articulação e de comprometimento entre os setores e os profissionais envolvidos, os quais devem estar em constante atualização.

O estudo realizado por Baptista *et al.* (2015), na Paraíba, concluiu, exatamente, que há falta de capacitação dos profissionais para o atendimento e para a investigação da violência sexual, além de não existir a integralidade desses setores, os quais não trabalham em rede.

Percebe-se quão importante é o funcionamento e a divulgação dessas redes para a assistência de qualidade às mulheres violentadas e mesmo para encorajá-las

a denunciar, visto que essas agressões trazem prejuízos psíquicos, sociais e físicos (DUTRA *et al.*, 2013). Porém, é fundamental respeitar a opinião da mulher e levar em consideração a representação social de relacionamento, de casamento que a mulher tem consigo (OLIVEIRA, 2012), para, assim, compreender a sua ação, por mais instigante que seja e apoiá-la até onde ela permite.

Logo, para a boa assistência às mulheres em situação de vulnerabilidade, faz-se necessário, além de conhecer e saber articular a rede, saber, também, identificar os casos de violência, o perfil das vítimas, compreender seus medos, seus anseios e os fatores que estão associados a ele para possibilitar a elaboração de políticas públicas e de medidas preventivas voltadas para atender a essa complexidade.

3 METODOLOGIA

Este estudo é parte de um macroprojeto de pesquisa intitulado: “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, desenvolvido pelo Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Trata-se de uma pesquisa descritiva e de corte transversal

3.1 Amostra

O estudo foi desenvolvido com mulheres de 20 a 59 anos, atendidas em Consultas de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde das cinco macrorregiões de saúde do estado do Piauí. A escolha de mulheres adultas jovens justifica-se por ser a faixa etária com maior prevalência em vítimas por parceiro íntimo (DUTRA, *et al.*, 2013). Além disso, pelo fato de essas mulheres se encontrarem na fase produtiva da vida, necessitando, assim, de atenção especial para não se tornarem improdutivas e para não se submeterem, eternamente, à situação de violência.

Para o cálculo amostral, considerou-se o total da população feminina do estado do Piauí divulgado pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o qual foi de 347.414 mulheres com faixa etária de 20 a 59 anos. A partir dele, utilizou-se a fórmula proposta por Gil (2008) para pesquisas sociais em populações infinitas (acima de 100.000), para estudos com variáveis

qualitativas (nominal ou ordinal), a saber $n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}{d^2}$, na qual $Z =$ é o ponto de curva normal correspondente à área de 95% do nível de confiança, $p =$ é a estimativa de prevalência, $q = 1 - p$ e $d =$ o erro amostral em decimais. Para esta pesquisa, adotou-se o erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Levou-se em consideração a prevalência da violência perpetrada por parceiro íntimo em um estudo realizado com 860 mulheres em uma capital do Nordeste com no mínimo 20 anos de idade, a qual foi de 39% (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013). Dessa forma, obteve-se um total de 369 mulheres a serem entrevistadas.

A coleta dos dados foi realizada nos municípios de Teresina, Parnaíba, Picos, Bom Jesus e Floriano, por serem as cinco macrorregiões de saúde do estado do Piauí. Em seguida, procedeu-se a estratificação proporcional das participantes, conforme a população de cada um desses municípios. Dessa forma, a amostra de 369 mulheres foi estratificada e composta de 232 (62,9%) participantes em Teresina, 36 (9,8%) em Parnaíba, 46 (12,5%) em Picos, 38 (10,3%) em Floriano e 17 (4,6%) em Bom Jesus.

Nos municípios, a amostra foi dividida por técnica amostral estratificada, a qual também passou por um segundo processo de estratificação em relação às suas Unidades Básicas de Saúde. Para a determinação do número de estratificações a serem utilizadas nas UBSs dos cinco municípios, aplicou-se a proporção baseada na mesma prevalência de 39,0% da violência contra a mulher por parceiro íntimo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013), utilizada para calcular o tamanho da amostra (QUADRO 1).

Quadro 1 – Cálculo da quantidade de Unidades Básicas de Saúde que participaram da pesquisa conforme cada município. Teresina, PI. 2015.

Município	Total de UBS	Estratificação
Teresina	90	35
Parnaíba	29	11
Picos	30	12
Floriano	24	10
Bom Jesus	10	4

Após determinar o número de UBS em cada município, dividiu-se proporcionalmente entre as quatro regionais (Sul, Norte, Leste e Sudeste) na capital e nas zonas rural e urbana das cidades do interior do estado. Posteriormente, sorteou-se, aleatoriamente, por meio da função =ALEATÓRIOENTRE no software Excel 2010, as UBS que iriam compor o estudo, conforme a quantidade que já havia sido determinada para o macroprojeto, resultando na divisão demonstrada nos quadros 2, 3, 4, 5 e 6, correspondentes a Teresina, Parnaíba, Picos, Floriano e Bom Jesus, respectivamente.

Quadro 2 – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Teresina. Teresina, PI. 2015.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Conglomerado)	Mulheres atendidas na UBS (Referência – 2014)	Amostral
Regional Norte		
U.S. Dr. Oséas Sampaio – Matadouro	252	1
U.S. Nova Brasília	551	2
U.S. Chapadinha	111	1
U.S. Mocambinho	3.995	16
U.S. Boa Hora	102	1
U.S. Água Mineral	565	2
U.S. Anita Ferraz	188	1
U.S. Bela Vista Rural	99	1
U.S. Cidade Jardim	442	2
U.S. Poty Velho	1.983	8
Subtotal	8.288	35
Regional Leste/Sudeste		
U. S. Alto da Ressurreição	3.379	14
U. S. Raimunda Soares	131	1
U. S. Soinho – Dr. Alberto Monteiro	329	1
U. S. Deus Quer	1.293	5
U. S. Redonda	1.604	7
U. S. Vila Bandeirante	1.241	5
U. S. Dirceu 1	2.154	9
U. S. Piçarreira	4.290	19
U. S. Planalto Ininga	177	1
U. S. Renascença	1.628	7
U. S. Todos os Santos	4.250	18
U. S. Planalto Uruguai	4.485	19
U. S. Vila Pantanal	1.925	8
U. S. Parque Flamboyant	1.454	7
Subtotal	28.340	121
Regional Sul		
U. S. Dr. Augusto Costa (Km 7)	1.393	6
U. S. Bom Jardim	123	1
U. S. Esplanada	713	3
U. S. Chapadinha Sul	112	1
U. S. José Avelino	1.025	4
U. S. Cristo Rei	4.079	17
U. S. Parque Piauí	2.576	11
U. S. Cerâmica Cil	201	1
U. S. Irmã Dulce	109	1
U. S. Lourival Parente	6.623	28
U. S. Três Andares	788	3
Subtotal	17.742	76
TOTAL	54.370	232

Quadro 3 – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Parnaíba. Teresina, PI. 2015.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Conglomerado)	Mulheres atendidas na UBS (Referência – 2014)	Amostra
Zona Urbana		
U. S. Oswaldo Cruz	913	4
U. S. Bairro do Carmo	1.099	4
U. S. São Sebastião	1.223	5
U. S. Santa Luzia	633	3
U. S. Pedra do Sal	712	3
U. S. Rodoviária	915	4
U. S. Bebedouro	1.003	4
U. S. Planalto	645	3
Subtotal	7.143	30
Zona Rural		
U. S. Km 17	439	2
U. S. Tabuleiro	565	3
U. S. Sabiazal	339	1
Subtotal	1.343	6
TOTAL	8.486	36

Quadro 4 – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Picos. Teresina, PI. 2015.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Conglomerado)	Mulheres atendidas na UBS (Referência – 2014)	Amostra
Zona Urbana		
U. S. Junco	814	4
U. S. Parque de Exposição	899	4
U. S. São José	1.718	7
U. S. Canto da Várzea	864	4
U. S. Catavento	967	4
U. S. Ipueiras	1.290	5
U. S. Morada do Sol	885	4
U. S. Passagem das Pedras	1.478	6
Subtotal	8.915	38
Zona Rural		
U. S. Torrões	355	2
U. S. Morrinhos	515	2
U. S. Coroatá	497	2
U. S. Samambaia	370	2
Subtotal	1.737	8
TOTAL	10.652	46

Quadro 5 – Distribuição das mulheres por conglomerado do município de Floriano. Teresina, PI. 2015.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Conglomerado)	Mulheres atendidas na UBS (Referência – 2014)	Amostra
Zona Urbana		
U. S. Camilo Filho	774	3
U. S. Catumbi	808	3
U. S. Paulo Kalume	1.675	7
U. S. Helvídio de Holanda Barros	1.220	5
U. S. Santa Cruz	946	4
U. S. Teodoro Ferreira Sobral	1.353	6
U. S. Pedro Simplício	929	4
U. S. Santa Teresinha	889	4
Subtotal	8.594	36
Zona Rural		
U. S. Morrinhos	236	1
U. S. Protásio de Moraes	150	1
Subtotal	386	2
TOTAL	8.980	38

Quadro 6 – Distribuição das mulheres por estratificação do município de Bom Jesus. Teresina, PI. 2015.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Conglomerado)	Mulheres atendidas na UBS (Referência – 2014)	Amostra
Zona Urbana		
Unidade de Saúde Raimundo Santos – 1 (Zona Urbana)	1504	7
Unidade de saúde Miramar (Zona Urbana)	551	2
Unidade de Saúde Hélio Figueiredo da Fonseca – 1 (Zona Urbana)	1600	7
Subtotal	3655	16
Zona Rural		
Unidade de Saúde José Nunes de Vasconcelos (Zona Rural)	254	1
Subtotal	254	1
TOTAL	3909	17

Os critérios de inclusão foram mulheres, adultas, com idade entre 20 e 59 anos. Por sua vez, 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.

3.2 Coleta de dados

Foram realizadas oficinas de treinamento e aplicação das escalas com os coletores de dados, antes do início da coleta. Esse método foi adotado a fim de padronizar a forma de explicação para preenchimento dos questionários e, assim, reduzir as possibilidades de erros. Na capital, a coleta de dados foi realizada pela mestranda e por um doutorando, e, nos demais municípios, foi desenvolvida por professoras da UFPI do *campus* de cada uma das referidas cidades. A coleta de dados deste estudo foi realizada juntamente com os dados do macroprojeto, durante o período de agosto de 2015 a março de 2016.

Para este estudo, foi utilizado um questionário, disposto em duas etapas: a primeira, contendo os dados de caracterização da população investigada, os quais abrangem idade, estado civil, religião, cor/raça autorreferida, ocupação, renda familiar, condições de saúde e hábitos de vida. A segunda etapa consistiu-se na aplicação da *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2) que explicitada abordada a seguir.

3.2.1 *Revised Conflicts Tactics Scales* (CTS2)

As Escalas de Táticas de Resolução de Conflitos (CTS) foram desenvolvidas por um grupo de pesquisadores sobre família nos Estados Unidos da América (EUA). Esses instrumentos identificam a violência a partir da avaliação das táticas de resolução de conflitos. A CTS1 avalia a violência entre pessoas de uma mesma família, já a CTS2 é uma escala mais específica para determinar as estratégias de resolução de conflitos entre casais, pessoas que tenham uma relação de namoro, casamento e afins (STRAUS *et al.*, 1996).

Neste estudo, utilizaremos somente a CTS2 na versão traduzida para o Português e validada em 2002 por Moraes, Hasselmann e Reichenheim. A CTS2 contém 78 itens, agrupados em pares, uma pergunta sobre a ação que a entrevistada adota para resolução de conflitos e a mesma pergunta relacionada ao companheiro. É dividida em cinco sub-escalas, que representam as táticas utilizadas para resoluções de conflitos, são elas: negociação, agressão psicológica, agressão física, injúrias e coerção sexual (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2002).

A partir das táticas utilizadas para resolver conflitos, identifica-se a violência por parceiro íntimo, logo, em caso positivo para as questões que se referem à agressão psicológica, física, injúrias e coerção sexual, considera-se como um caso de violência, respectivamente, a psicológica, a física, a moral e a sexual, perpetrada por parceiro íntimo.

A agressão física é apresentada por meio de comportamentos como chutar, dar surra, bofetada, derramar líquido quente, segurar com força, usar faca, entre outros. Gritar e ameaçar são exemplos usados de agressão psicológica. A injúria é medida por meio da existência de contusões, insultos e xingamentos, “manchas roxas”. Já a coerção sexual é apresentada por meio de ações como ameaçar, insistir, usar a força física a fim de obter do companheiro uma prática sexual (BHONA; LOURENÇO; BRUM, 2011).

Foi considerado como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro com o qual a mulher vive ou já viveu e manteve relações íntimas, independentemente de união formal, incluindo-se ainda os namorados atuais ou anteriores (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

As manifestações comportamentais, identificadas por meio dos questionamentos da escala, permitem verificar a prevalência, que consiste em determinar se uma conduta aconteceu ou não, bem como verificar a cronicidade, definida como o número de vezes em que o comportamento ocorreu num dado período (ALEXANDRA; FIGUEIREDO, 2006). Neste estudo, somente as informações relativas à prevalência global que ocorreram alguma vez na vida foram consideradas.

Logo, para determinar a prevalência global, os itens foram dicotomizados: atribuir-se-á o valor um (1) para as respostas dos itens de um (1) a sete (7) (ocorreu em algum período) e valor zero (0) para as respostas do item oito (8) (nunca ocorreu), seguida de estatística descritiva como frequências e porcentagens.

Essa escala é confiável, sua tradução e suas adaptações são válidas para o Brasil, segundo os estudos que já a utilizaram (MORAES; HASELMANN; REICHENHEIM; 2002; ALEXANDRA; FIGUEREDO, 2006). Além disso, possui linguagem simples, clara e objetiva, a qual permite que a entrevistada responda sozinha, evitando constrangimento ou vergonha.

3.3 Análise de dados

Para análise dos dados, as variáveis foram codificadas a fim de se adotar uma linguagem estatística padrão, em seguida, os dados passaram por processo de dupla digitação no Microsoft Excel® e foram analisados estatisticamente por meio do *Software Statistical Package for the Social Science (SPSS®)*, versão 20.0.

As variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico, aos hábitos de vida e relacionadas à caracterização das formas de violência foram analisadas por meio de estatísticas descritivas como frequência simples e porcentagem. As variáveis quantitativas foram analisadas por meio das medidas de tendência central (média, moda, mediana, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Foi realizado teste de normalidade no grupo de variáveis numéricas para confirmação do padrão de distribuição delas, para tanto, o teste selecionado foi o de Kolmogorov-Smirnov, comprovando-se um padrão de distribuição assimétrica. Com base no exposto, optou-se, para análise de diferenciação desse grupo de variáveis dentre as categorias da variável dependente, violência geral contra a mulher, o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

No grupo de variáveis categóricas, o teste bivariado utilizado para analisar a associação entre as variáveis qualitativas foi o teste do qui-quadrado. As variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p \leq 0,20$ foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística, denominado, neste estudo, de Odds Ratio ajustado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Para todas as demais análises, foi mantido o nível de significância de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese nula. O intervalo de confiança foi fixado em 95%.

3.4 Aspectos legais e éticos

O macroprojeto foi encaminhado à Fundação Municipal de Saúde (FMS) dos municípios de Teresina, Picos, Parnaíba e Floriano para apreciação das Coordenadorias de Ações Assistenciais. Concedidas as autorizações, foram submetidas, juntamente com este projeto, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da

Universidade Federal do Piauí (UFPI), o qual aprovou sob número de Parecer 1.522.994, em 29 de abril de 2016.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa e esclarecidas acerca dos objetivos do estudo e, ao concordarem em participar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

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.

auxiliem na condução da escuta qualificada, da conversa terapêutica e que potencializem as dificuldades na identificação da vítima de VPI.

Os resultados alcançados contribuem para complementar as políticas públicas sobre violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, a fim de torná-las eficazes e funcionais. Desse modo, espera-se contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde que contemplem essa problemática sob o enfoque da integralidade do cuidado.

A limitação observada se refere à 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 atuais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. B. C. *et al.* Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **REE**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 382-390, 2013. Disponível em: <<http://vufind.uniovi.es/Record/oai%3Adoaj.org/article%3Ae7e5f37a4dc8457a89d5546c61253cf1>> Acesso em: 13 ago. 2015.

ALEIXO, B. M.; SARTORI, M. V. A constitucionalidade da Lei Maria da Penha à luz do princípio da igualdade. **Universitas**, Mogi Mirim, v. 3, n. 5, p. 47-67, 2010. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-constitucionalidade-da-lei-maria-da-penha,41456.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

ALEXANDRA, C.; FIGUEIREDO, B. Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflitos Revisadas”: estudo de validação. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 14-39, 2006. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1045/>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

ALIO, A.P.; Salihi, H.M.; NANA, P.N.; CLAYTON, H.B.; MBAH, A.K., MARTY, P.J. Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon. **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 112, p. 83-87, 2011. Disponível em: <http://ac-els-cdn-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/S0020729210005114/1-s2.0-S0020729210005114-main.pdf?_tid=be1f9a76-7eaa-11e6-9c3e-00000aab0f01&acdnat=1474318428_e694f251db4cb15a72a86c43c448ae3b>. Acesso em: 19 set. 2016.

BAIRD, K.; CREEDY, D.; MITCHELL, T. Intimate Partner Violence and Pregnancy Intentions: A Qualitative Study. **J Clin Nurs.**, Oxford, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27219673>>. Acesso em: 21 set. 2016.

BAPTISTA, R. S. *et al.* Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 210-7, 2015. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/2710/2094>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

BHONA, F.M.C.; LOURENÇO, L.M.; BRUM, C.R.S. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. **Arq Bras Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 1-10, 2011. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/701>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BRASIL. Decreto 8086 de 30 de Agosto de 2013. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm>.
Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. ADI (AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE) nº 4424 de 09 de fevereiro de 2012. Procuradoria Geral da República. 2012.

_____. Lei nº 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria d Penha: cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acesso em: 13 ago. 2015.

_____. Lei Nº 13.104, de 9 de Março de 2015. Lei do Feminicídio. 194º da Independência e 127º da República. 2015. Disponível em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm Acesso em: 16 Out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Violência doméstica. 2014.

_____. Secretaria de Políticas para Mulheres. Março, 2015. Disponível em:
<<http://www.spm.gov.br/sobre/a-secretaria>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRAZ, B. V. S. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher no estado de Sergipe. **Cadernos de Graduação- ciências humanas e sociais**, Alagoas, v. 1, n. 14, p. 83-88, 2012. Disponível em:
<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/250/143>>.
Acesso em: 01 set. 2015.

BRURNS; GROVE. Book Review: The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. **Nurs Sci Q.**, Chicago, v. 18, p. 365-6, 2005. Disponível em
<<http://nsq.sagepub.com/content/18/4/365.extract>>. Acesso em: 17 out. 2015.

CARVALHO, A. C. A questão social: violência contra a mulher. **Cadernos de Graduação – Ciências humanas e sociais**, Alagoas, v. 1, n. 16, p. 201-210, 2012. Disponível em:
<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/260/260>>.
Acesso em: 28 ago. 2015.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

COPP, J. E. *et al.* Couple-Level Economic and Career Concerns and Intimate Partner Violence in Young Adulthood. **Journal of Marriage and Family**, USA, v. 78, p. 744 -758, 2016. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jomf.12282/abstract>> Acesso em: 22 set. 2016.

CORDEIRO, K. C. C. *et al.* Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. **RBE**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 209-217, 2015. Disponível em <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13029/pdf_4>. Acesso em: 17 Out. 2015.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev Med.**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 134-40, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/79953/83887>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

DILLON, G. *et al.* Influence of Intimate Partner Violence on Domestic Relocation in Metropolitan and Non-Metropolitan Young Australian Women. **Violence Against Women**, USA, p. 1-24, 2016. Disponível em <<http://www.pubpdf.com/pub/26902675/Influence-of-Intimate-Partner-Violence-on-Domestic-Relocation-in-Metropolitan-and-Non-Metropolitan-Y>>. Acesso em: 17 out. 2015.

DINIZ, N. M. F. *et al.* Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador- BA. **REBEn**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1010-3, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a04.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

BRASIL, F. P. D; REIS, G. G. Democracia, participação e inclusão política: um estudo sobre as conferências de políticas para mulheres em Belo Horizonte. **RSP**, São Paulo, v. 66, n. 1, 2015. Disponível em <<http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/684/611>>. Acesso em 17 Out. 2015.

DUTRA, M.L. *et al.* A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 1293-1304, 2013. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi0pl2Xz->

nOAhWBx5AKHUd7AXUQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fseer.ensp.gov.br%2Findex.php%2FRSP%2Farticle%2Fview%2F684&usg=AFQjCNGKc3eITNQG3J-jNDhTog3ChkTrCA&sig2=yDZHP50GOiS51GW5hgl3JA&cad=rja>. Acesso em: 23 ago. 2016.

FACURI, C. O. *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

FERREIRA, M. F. *et al.* Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-13, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/pt_0102-311X-csp-31-01-00161.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

GAMA, I.S. *et al.* Fatores associados a violência física denunciada por mulheres. **J.Health Biol. Sci.**, Fortaleza, v. 2, n. 4, p. 168-175, 2014. Disponível em <<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/105>>. Acesso em: 17 out. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GOMES, N. P. *et al.* Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 173-8, 2012. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerej/article/view/4035/2787>>. Acesso em: 17 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Piauí: dados sociodemográficos e econômicos. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=22>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

JOHRI, M. *et al.* Increased risk of miscarriage among woman experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala city, Guatemala: cross sectional study. **BMC Pregnancy & Childbirth**, Londres, p. 11-49, 2011. Disponível em <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-11-49>>. Acesso em: 17 out. 2015

KOSKI AD, STEPHENSON R, KOENIG MR. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. **J Health Popul Nutr**, Dhaka, v. 29, n. 3; p. 245-54. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131125/>>. Acesso em: 13 out. 2015.

KROB, D.B.; STEFFEN, L. Religious influence on education and culture: violence against women as common sense. **Procedia – Social and Behavioral Sciences**, Riga, v. 174, p. 2374-2379, 2015. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815009556>>. Acesso em: 15 out. 2015.

LEITE, M. T. S. *et al.* Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev Latinoam Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00085.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015

LIMA, C. A.; DESLANDES, S. F. Violência sexual contra as mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. **Saúde e soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 787-800, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2015.

LINDER, S.R. *et al.* Prevalence of intimate partner physical violence in men and women from Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil: a population-based study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 815-826, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00815.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

MacDONALD, M. Women prisoners, mental health, violence and abuse. **Int J Law Psychiatry**, Montreal, v. 36, p. 293–303, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252713000368>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

MATHIAS, A. K. R. A. *et al.* Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 185-91, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n4/a09v35n4.pdf>>. Acesso em 17 de Outubro de 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em

<<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em 20 de Setembro de 2015.

MENEZES, P.R.M. *et al.* Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. **Saúde e soc.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300778&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 23 ago. 2015.

MONTEIRO, C.F.S. Violência contra a mulher e caminhar das políticas públicas. **REUFPI**, v.3, n.4, p.1-3, 2014.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural para o português do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*” utilizado para identificar violência entre casais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 163-176, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8153.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

OLIVEIRA, C. S.; DELZIOVO, C. R.; LACERDA, J. T. **Redes de Atenção à violência: atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos**. Florianópolis, UFSC, p. 40. 2014. ISBN – 978-85-61682-39-2.

OLIVEIRA, M. A. L. Separações e Divórcios: Elementos que fazem parte da dinâmica Familiar ou Elementos de “desestruturação” desta. In **Reflexões sobre a sociologia aplicada a educação**. Teresina: FUESPI, 2012. 132 p.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo a violência contra a mulher: ação e produção de evidência**. 2012. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

ONU. ONU Mulheres. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/onu-mulheres/sobre-a-onu-mulheres/>>. Acesso em: 04 set. 2015.

OSIS, M. J. D.; PADUA, K. S.; FAUNDES, A. Limitações no atendimento, pelas delegacias especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 320-328, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-18122013000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PALLITO, C.C. *et al.* Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. **Int J Gynecol Obstet.**, Nova York, v. 120, p. 3-9, 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22959631>>. Acesso em: 14 out. 2015.

PEREIRA, R.C.B.R. *et al.* O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. **Revista Brasileira de economia doméstica**, Viçosa, v. 24, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/view/89>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

PÉREZ, I.R. *et al.* Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. **Atención Primaria.**, Espanha, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.006>>. Acesso em: 22 set. 2016.

PERNAMBUCO. Portaria nº651 de 05 de Março de 2009 no Estado do Pernambuco. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0651_10_05_2009.html>. Acesso em: 23 ago. 2015.

PORTO, M.; MALUSCHKE, J. S. N. F. B. A permanência de mulheres em situação de violência: considerações de psicólogas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 267-276, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000300004. Acesso em: 23 ago. 2015.

QUEIROZ, F. M. *et al.* Relações patriarcais de gênero e Lei Maria da Penha: capacitação para profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência em Mossoró/RN. **Rev Extendere**, Mossoró, v. 2, n. 1, p. 10-26, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/view/1235>>. Acesso em 24 ago. 2015.

RAHMAN, M. *et al.* Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy Among Bangladeshi Women. **J Interpers Violence.**, Washington, v. 27, n. 15, p. 2999-3015, 2012. Disponível em: <<http://jiv.sagepub.com.ez17.periodicos.capes.gov.br/content/27/15/2999.full.pdf+html>>. Acesso em: 21 set. 2016.

ROCHA, E. A. *et al.* Perfil epidemiológico de notificações de todas as formas de violência. **REUOL**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3401-3411, 2014. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4720/pdf_6273>. Acesso em: 13 ago. 2015.
 SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F., LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, A. C. B. *et al.* Intimate Partner violence: a version of the printed press and contributions to nursing. **RBE.**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 50-60, 2014. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/8341>>. Acesso em: 20 dez. 2015

SANTOS, D. T. G; MARQUES, A. M. A convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres no Brasil: implicações nas políticas públicas voltadas às mulheres indígenas. **Revista Di@logus**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/Revista/article/view/1912/433>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SANTOS, F. L. O dilema jurídico da mulher no Brasil. **Sinais**, Vitória, v. 2, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/sinais/article/view/10364>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

SANTOS, S. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **E.I.A.L.**, Portugal, v. 16, n. 1, p. 147-164, 2014. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000143&pid=S0103-863X201100020001000016&lng=pt>. Acesso em: 04 ago. 2015.

SANTOS, S. M. M.; OLIVEIRA, L. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-19, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/02.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SCHRAIBER, I. R. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p..797-807, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854.pdf>>. Acesso em 17 out. 2015.

SILVA, A. R. C. *et al.* Discriminação contra a mulher: revisão integrativa da literatura. **Revista ABPN**, Florianópolis, v. 7, n. 15, p. 161-174, 2014. Disponível em: <<http://www.abpn.org.br/Revista/index.php/edicoes/article/viewArticle/427>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SPM (Secretaria de Políticas para a Mulheres). Ligue 180: central de atendimento à mulher. **Balço 2014**. 2014.

STRAUS, M. A. Measuring intra-familial conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. **Journal of Marriage and Family**, USA, v. 41; p. 75-88, 1979. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n3/9306.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

VALE, S. L. L. *et al.* Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil das mulheres na atenção básica. **ver. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 683-93, 2013. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3523/2763>>. Acesso em 13 de Agosto de 2015.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M.A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 370-7, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2647.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. 1 Ed. Brasília: Flacso, 2015. Disponível em <<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Para tanto, precisa decidir se aceita ou não participar. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e peça esclarecimentos ao responsável pelo estudo sobre as dúvidas que você vier a ter. Este estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro. Após obter as informações necessárias e desejar participar do estudo, assine o final deste documento, que se apresenta em duas vias; uma delas será sua e a outra pertencerá ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: “Prevalência da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e fatores associados”.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Instituição/Departamento: UFPI-Graduação em Enfermagem/Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (86) 3215-5558

Pesquisadora participante: Larissa Alves de Araújo Lima.

Telefone para contato: (86) 9819- 2549

Os objetivos da pesquisa são: estimar a prevalência de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, a partir da *Revised Conflicts Tactics Scales2*; Identificar os tipos de violência sofrida por mulheres atendidas nas consultas de Enfermagem; Verificar a associação dos tipos de violência contra a mulher com os aspectos sociodemográficos e econômicos das vítimas.

Riscos: Constrangimento em responder alguma pergunta, porém o entrevistador procurará ser o mais discreto e empático possível. Os entrevistados poderão ainda, se desvincular em qualquer momento do estudo.

Benefícios: não será imediato para participante mas será revertido em ações de prevenção, além de fornecer subsídios para elaboração de estudos que visem a diminuir os índices de criminalidade.

Procedimentos: Sua participação consistirá em responder perguntas contidas no instrumento de coleta de dados, para tanto ressalta-se que a escala que será utilizada é validada no Brasil e portanto de total confiança.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/ CPF/ nº do prontuário/ nº matrícula _____, abaixo assinado, concordo em realizar o estudo _____, como participante. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li e que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO E FATORES ASSOCIADOS”**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, riscos, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos importantes. 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/ assistência/ tratamento neste serviço.

Local e data: _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

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

Teresina, ____ de _____ de 20____.

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Pesquisadora responsável pelo estudo

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

Formulário N° ___ Data da Entrevista: ___/___/___ Nome do Entrevistador(a): _____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1. Qual é a sua Idade (anos)?	
2. Como você considera a sua Cor/raça: 1.Branco 2.Negro 3.Pardo 4.Indígena 5.Amarela 6. Não sabe informar	
3. Qual a sua situação conjugal: 1. Solteira 2. Casada 3. União consensual 4. Divorciada 5. Viúva	
4. Possui filhos? 1. Sim 2. Não	
5. Se, SIM, quantos?	
6. Qual cidade você nasceu?	
7. Qual cidade você reside?	
8. Quantas pessoas residem com você?	
9. A casa em que você mora: 1. Casa própria 2. Alugada 3. Cedida 4. Situação de rua 5. Ocupação 6. Não sabe informar 7. Outros especificar: _____	
10. Quantos cômodos possui a casa que você mora?	
11. Qual o material utilizado na construção de sua casa: 1. Alvenaria/tijolo 2. Taipa 3. Madeira 4. Palha 5. Outro material especificar: _____	
12. Frequentou escola? 1. Sim 2. Não	
13. Caso sim, quantos anos estudou?	
14. Predomínio de escola particular ou pública? 1.Pública 2.Particular	
15. Você trabalha? 1. Sim 2. Não	
16. Se sim, qual a sua ocupação: _____	
17. Você tem renda pessoal? 1. Sim 2. Não	
18. (Caso sim), qual é a sua renda mensal? (em reais)	
19. Qual a sua fonte de renda: 1. Salário 2. Aposentadoria 3. Bolsa-estudo 4. Bolsa família 5. Outro benefício	
20. Qual é a renda da sua família? (mensal/em reais)	
21. Qual a sua religião? 1.Católica 2.Evangélica 3.Espírita 4.Outra: especificar _____ 5.Nenhuma	

CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. Com que frequência procura os serviços de saúde? 1. Não costuma procurar 2. 1x na semana 3. 2x no mês 4. 1 x no mês 5. 1x a cada 3 meses 6. 1 x a cada 6 meses 7. 1x no ano	
2. Qual o motivo da consulta de enfermagem atual?	
3. Refere presença de outras morbidades? 1. Hipertensão 2. Diabetes 3. Obesidade 4. Problema gastrointestinal 5. Problema osteomuscular 6. Problemas pulmonares 7. Transtornos mentais 8.Outra: especificar _____ 9.Não Se NÃO, pule a próxima pergunta.	
4. Faz uso de medicação para tratar os referidos agravos? 1. Sim 2. Não	
5. Você está gestante? 1. Sim 2. Não . Se sim G ___ P ___ A ___ .	
6. Esta gestação foi planejada?	
7. Faz uso de métodos contraceptivos? 1. Sim 2. Não.	

8. Se não, qual motivo:	
9. Se, SIM, qual? 1. Anticoncepcionais orais 2. Anticoncepcionais injetáveis 3. Preservativos 4. DIU 5. Diafragma 6. Tabela 7. Coito interrompido	
10. Realizou exame das mamas no último ano? 1. Sim 2. Não	
11. Realizou exame citopatológico no último ano? 1. Sim 2. Não	
12. Refere prática de atividade física? 1. Sim 2. Não	
13. Deseja informar orientação sexual? 1. Sim 2. Não Se sim, qual: _____	
14. Possui alguma deficiência? 1. Sim 2. Não	
15. Você frequenta curandeiro/benzedeiro? 1. Sim 2. Não	
16. Você faz uso de práticas integrativas e complementares: 1. Sim 2. Não Se sim, especificar: (plantas medicinais, homeopatia, acunpuntura, florais, etc)	

Revised Conflict Tactics Scales - CTS2

Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia, quer coisas diferentes ou discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão. 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. Solicitamos que você marque se você e seu companheiro fizeram cada uma dessas coisas durante os **últimos três meses**.

QUANTAS VEZES DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS MESES:	1	2	3-5	6-10	11-20	Mais que vinte	Já ocorreu antes	Nunca
1a Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?	1	2	3	4	5	6	7	8
1b Seu companheiro (mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	1	2	3	4	5	6	7	8
2a Você explicou para seu companheiro o que você não concordava com ele?	1	2	3	4	5	6	7	8
2b Seu companheiro explicou para você o que ele não concordava com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
3a Você insultou ou xingou o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
3b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
4a Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo?	1	2	3	4	5	6	7	8
4b. Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
5a Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele?	1	2	3	4	5	6	7	8
5b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8

6a Você teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro?

1 2 3 4 5 6 7 8

6b Seu companheiro teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com você?

1 2 3 4 5 6 7 8

7a Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?

1 2 3 4 5 6 7 8

7b Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?

1 2 3 4 5 6 7 8

8a Você obrigou o seu companheiro a fazer sexo sem usar camisinha?

1 2 3 4 5 6 7 8

8b Seu companheiro fez isso com você?

1 2 3 4 5 6 7 8

9a Você deu um empurrão no seu companheiro?

1 2 3 4 5 6 7 8

9b Seu companheiro fez isso com você?

1 2 3 4 5 6 7 8

10a Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro a fazer sexo oral ou anal com você?

1 2 3 4 5 6 7 8

10b Seu companheiro fez isso?

1 2 3 4 5 6 7 8

11a Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro?

1 2 3 4 5 6 7 8

11b Seu companheiro fez isso com você?

1 2 3 4 5 6 7 8

12a Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro?

1 2 3 4 5 6 7 8

12b Seu companheiro desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?

1 2 3 4 5 6 7 8

QUANTAS VEZES DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS MESES:	1	2	3-5	6-10	11-20	Mais que vinte	Já ocorreu antes	Nunca
13a Você chamou o seu companheiro de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?	1	2	3	4	5	6	7	8
13b Seu companheiro chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?	1	2	3	4	5	6	7	8
14a Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar?	1	2	3	4	5	6	7	8
14b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
15a Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito?	1	2	3	4	5	6	7	8
15b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
16a Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
16b Seu companheiro foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
17a Você sufocou ou estrangulou seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
17b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
18a Você gritou ou berrou com o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
18b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
19a Você jogou o seu companheiro contra a parede com força?	1	2	3	4	5	6	7	8
19b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
20a Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	1	2	3	4	5	6	7	8
20b Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	1	2	3	4	5	6	7	8

21a Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?	1	2	3	4	5	6	7	8
21b Seu companheiro deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?	1	2	3	4	5	6	7	8
22a Você deu uma surra no seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
22b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
23a Você segurou o seu companheiro com força?	1	2	3	4	5	6	7	8
23b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
24a Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
24b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
25a Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?	1	2	3	4	5	6	7	8
25b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
26a Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro não queria sem usar força física?	1	2	3	4	5	6	7	8
26b Seu companheiro fez isso com você	1	2	3	4	5	6	7	8
QUANTAS VEZES DURANTE OS ÚLTIMOS TRÊS MESES:	1	2	3-5	6-10	11-20	Mais que vinte	Já ocorreu antes	Nunca
27a Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
27b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
28a Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
28b Seu companheiro quebrou um osso por causa de uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
29a Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo oral ou anal com você?	1	2	3	4	5	6	7	8

29b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
30a Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	1	2	3	4	5	6	7	8
30b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
31a Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito?	1	2	3	4	5	6	7	8
31b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
32a Você insistiu para que seu companheiro fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?	1	2	3	4	5	6	7	8
32b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
33a Você acusou o seu companheiro de ser "ruim de cama"?	1	2	3	4	5	6	7	8
33b Seu companheiro a acusou disso?	1	2	3	4	5	6	7	8
34a Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
34b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
35a Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
35b Seu companheiro fez isso?	1	2	3	4	5	6	7	8
36a Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
36b Seu companheiro sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
37a Você chutou o seu companheiro?	1	2	3	4	5	6	7	8
37b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
38a Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
38b Seu companheiro fez isso com você?	1	2	3	4	5	6	7	8
39. Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	1	2	3	4	5	6	7	8
39b Seu companheiro concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	1	2	3	4	5	6	7	8

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53913016.7.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.522.994

Apresentação do Projeto:

O projeto tem o objetivo de estimar a prevalência e os fatores associados à violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo nas cinco macrorregiões de saúde do Estado do Piauí, e será desenvolvido com mulheres de 20 a 59 anos atendidas em Consultas de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo nas cinco macrorregiões de saúde do Estado do Piauí.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Constrangimento em responder alguma pergunta, porém o entrevistador procurará ser o mais discreto e empático possível.

Benefícios: ações de prevenção, além de fornecer subsídios para elaboração de estudos e Políticas de Saúde que visem a redução dos índices de violência contra a mulher

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto observa os preceitos éticos e está conforme a Resolução 466/12.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.522.994

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram conferidos previamente.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvidos.

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_666633.pdf	02/03/2016 15:01:08		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/03/2016 14:59:56	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	02/03/2016 14:59:23	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	02/03/2016 14:58:42	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/03/2016 14:57:34	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_Pesquisadores.pdf	02/03/2016 14:56:20	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Outros	instrumento.docx	01/03/2016 20:57:22	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Outros	curriculum.pdf	01/03/2016 20:53:37	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	01/03/2016 20:33:37	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	BomJesus.jpg	01/03/2016 20:31:22	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parnaiba.pdf	01/03/2016 20:30:49	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	teresina.pdf	01/03/2016 20:30:21	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Declaração de	picos.pdf	01/03/2016	LARISSA ALVES DE	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
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





UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.522.994

Instituição e Infraestrutura	picos.pdf	20:29:58	ARAÚJO LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	floriano.pdf	01/03/2016 20:29:18	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	01/03/2016 20:28:31	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	01/03/2016 20:27:07	LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 29 de Abril de 2016

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
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

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE TERESINA

**Autorização Institucional**

Eu, Francisco das Chagas de Sá e Paiva, responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

<p>Responsável pela Instituição</p>  <p>Francisco das Chagas de Sá e Paiva Presidente Fundação Municipal de Saúde</p>	<p>Pesquisadora</p> 
--	--

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FLORIANO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FLORIANO
ESTADO DO PIAUÍ
 Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado “Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e conseqüências à saúde mental”, que está sob a coordenação da Prof.ª Dr.ª Claudete Ferreira de Souza Monteiro, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), cujo objetivo é analisar as relações entre violência, consumo de álcool e outras drogas e as conseqüências à saúde mental em mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família, pelo período de execução previsto no referido Projeto – outubro de 2015 a junho de 2016.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução CNS nº 466/12, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como apresentar cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética e cópia do trabalho final ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Floriano (NEPS/Floriano), desta Secretaria.

Floriano-PI, 28 de novembro de 2014.

Danusa de A. Felinto
 Coord. da Atenção Básica
 COREN-PI: 346.177

Danusa de Araújo Felinto
 Danusa de Araújo Felinto
 Coordenação da Atenção Básica

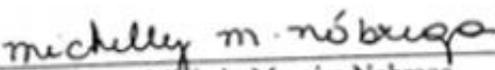
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PICOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PICOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 01.632.094/0001-84
RUA MARCOS PARENTE, 641 CENTRO
(89) 3415 4252 / (89) 3415 4250

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental”, coordenado pela Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro da Universidade Federal do Piauí está autorizado a ser executado em Picos.

Picos, 08 de novembro de 2014.



Michely Moreira Nobrega
Coordenadora

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PARNAÍBA – PIAUÍ

OFÍCIO 05/2014

Parnaíba, 16 de dezembro de 2014.

Declaro para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: Violência, consumo de álcool e outras drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental, encontra-se autorizado para ser realizado na Estratégia Saúde da Família, em Parnaíba.

Secretário de Saúde ou outro representante

ANEXO G – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS

 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SEDSAPI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

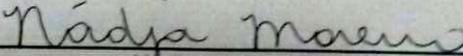
CNPJ.: 00.749.590/0001-6
Secretaria Municipal da Saúde
R. Arsênio Santos, 792 - Centro
CEP: 64.900-000 - Bom Jesus - PI

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, NADJA MORENO BENVINDO, Secretária de Saúde do município de Bom Jesus-PI, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa, intitulada: " Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências à saúde mental" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Bom Jesus-PI, 26 de janeiro de 2016.


Nádja Moreno Benvindo
Secretária Municipal de Saúde

Nádja Moreno Benvindo Falcão
Secretária de Saúde
Bom Jesus-PI